

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

VIVIAN LEMOS LOPES DE CICCO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS
NUTRICIONISTAS NA REDE DE CUIDADO EM
SAÚDE: DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DA
INTEGRALIDADE**

Santos
2019

VIVIAN LEMOS LOPES DE CICCO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS
NUTRICIONISTAS NA REDE DE CUIDADO EM
SAÚDE: DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DA
INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP para
obtenção do título de Mestre Profissional
em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco
Zihlmann

Santos
2019

Na qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei de direitos autorais nº 9610/98, autorizo a publicação livre e gratuita desse trabalho no Repositório Institucional da UNIFESP ou em outro meio eletrônico da instituição, sem qualquer ressarcimento dos direitos autorais para leitura, impressão e/ou download em meio eletrônico para fins de divulgação intelectual, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pelo autor

De Cicco, Vivian Lemos Lopes.

Concepções e práticas dos nutricionistas na rede de cuidado em saúde: desafios para construção da integralidade / Vivian Lemos Lopes De Cicco; Orientadora Karina Franco Zihlmann. Santos -2019.

94 f.; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista. Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2019

Título em outro idioma: Conceptions and practices of nutritionists in the health care network: challenges for the construction of integrality

1.Nutricionistas. 2.Promoção da saúde. 3. Assistência integral a saúde. 4. Educação em saúde. I. Zihlmann, Karina Franco, Orientadora II. Título.

Vivian Lemos Lopes De Cicco

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS NUTRICIONISTAS NA
REDE DE CUIDADO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA
CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE**

Presidente da banca:

Profª Drª Fernanda Flávia Cockell Silva
Universidade Federal de São Paulo

Banca examinadora:

Profª Drª Patrícia da Graça Leite Speridião
Universidade Federal de São Paulo
Membro titular

Profª Drª Maria Cristina Mazzaia
Universidade Federal de São Paulo
Membro titular

Profª Drª Tamara Eugenia Stulbach
Universidade Paulista
Membro titular

Profª Drª Simone dos Anjos Caivano
Universidade Metropolitana de Santos
Membro suplente

Santos, 27 de novembro de 2019.

*Tenho o privilégio de não saber quase tudo.
E isso explica
o resto.*

(Manoel de Barros)

Dedico este trabalho ao meu filho Enrico que traz luz ao meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann, pela acolhida, pela dedicação, pela compreensão, por todo conhecimento compartilhado durante a orientação e pelo exemplo de vida e superação.

À minha família pela compreensão das horas dedicadas a este trabalho. Ao meu pai Albino Lopes Filho pelo apoio a minha formação profissional. Ao meu irmão Fábio Lemos Lopes por acreditar no meu potencial, pelo exemplo de dedicação e esforço e pela revisão ortográfica final. E, em especial à minha mãe Maria Zulmira de Lemos Lopes e meu marido Cyro Ferraz De Cicco, pelo apoio incondicional, pelo cuidado com o Enrico nas minhas ausências e pelas palavras encorajadoras, sem vocês não seria possível ter concluído este trabalho.

Aos docentes do Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP, campus Baixada Santista, pela oportunidade de participação e aprendizagem em suas disciplinas. Foi transformador!

À Profª Drª Claudia Ridel Juswiak por ter reavivado o meu encantamento pela Nutrição.

Aos colegas nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Santos pela participação na pesquisa e pelo caminhar na vida profissional. Este trabalho é fruto desta potente convivência com todos vocês.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santos pela liberação para cursar o Mestrado Profissional, e, em especial, a Rosangela Mendes Vieira que acreditou no meu potencial como nutricionista e pela valorização do meu trabalho.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Profª Drª Patricia da Graça Leite Speridião, Profª Drª Tamara Eugenia Stulbach, Profª Drª Maria Cristina Mazzaia pelos brilhantes apontamentos que só enriqueceram este trabalho. Aos presidentes das bancas, Profª Drª Patricia Poletto e Profª Drª Fernanda Flávia Cockell Silva, por presidirem com maestria as bancas de qualificação e defesa.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional pelas potentes trocas de experiências, pelo apoio mútuo, pelo incentivo e por todo afeto durante a nossa jornada.

Aos colegas Lílian Rúbia da Costa Rocha e José Paulo Berretta Batista pelo incentivo inicial para ingresso no Mestrado Profissional.

Aos colegas de trabalho do NASF Morros 1 pela compreensão durante as minhas ausências no período das aulas e pela torcida para finalização deste trabalho.

A todos que de alguma forma contribuíram com a pesquisa. Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: o nutricionista é o profissional que visa garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada e o tema Alimentação e Nutrição ganha importância devido ao seu papel essencial na prevenção e promoção à saúde como uma das ações prioritárias do SUS. **Objetivo:** conhecer as concepções e práticas dos profissionais nutricionistas sobre integralidade em saúde, levando em conta as demandas e desafios do cuidado em rede. **Método:** realizou-se uma pesquisa qualitativa com nove nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas que foram analisadas e categorizadas pela técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática. Os participantes assinaram um TCLE que atende a Resolução 466/12 do CNS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP com número CAAE 81167317.4.0000.5505. **Resultados:** foram entrevistados nove nutricionistas, sendo sete do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idade média de 36.2 anos. Quanto a formação em Nutrição, seis são formados a mais de 10 anos; sete fizeram especialização, dois são mestres e um tem outra graduação. Foram construídas quatro categorias gerais de análise: integralidade, PNAN, Nutrição Social e Trabalho em rede. Observou-se que os nutricionistas desenvolvem seu trabalho isoladamente, com pouca comunicação com pares. A maioria afirmou que na graduação não teve adequada formação sobre SUS, Nutrição Social e pouco sobre a PNAN, pois o enfoque foi voltado a conhecimentos técnicos na área biomédica. Destacou-se o sofrimento implícito em algumas falas, revelando que há uma invisibilidade da categoria e baixa valorização do profissional nutricionista nos serviços de saúde em que atuam. **Conclusão:** embora os nutricionistas identifiquem questões de formação e dificuldades de organização para construção de ações integrais de cuidado, ressaltaram que não há atualmente em seu contexto de trabalho espaços de encontro e formação. Diante da necessidade de superar essas dificuldades explicita-se a importância da Educação Permanente em Saúde como estratégia formação contínua, reflexão e de apoio para esses profissionais, enquanto agentes fundamentais nas ações de cuidado em saúde, colaborando com o fortalecimento das ações intra e interprofissionais, de forma a traçar estratégias coerentes com vistas a atender às necessidades da população.

Palavras-chave: nutricionistas, promoção da saúde, assistência integral a saúde, educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: the nutritionist is the professional that aims to guarantee the Human Right for Adequate Food and the Food and Nutrition subject is gaining importance due to their essential role in the health prevention and promotion, one of the SUS's priority actions (Brazilian Unified Health Service). **Objective:** to know the nutritionist's conceptions and practices about health comprehensiveness, taking into account the demands and challenges of network care. **Method:** this study carried out a qualitative research with nine nutritionists from the Municipal Secretariat of Health of Santos, with in-depth interviews, analyzed with Thematic Content Analysis technique. The respondents signed a CF that complies CNS 466/12 Resolution. The project was approved by the Ethics Committee of UNIFESP, number CAAE 81167317.4.0000.5505. **Results:** nine nutritionists were interviewed, seven of whom were female and two male, with a mean age of 36.2 years. Six participants had more than ten years of Nutrition training; seven had specialization degree, two had master's degree and one another graduation. It was constructed four categories of analysis: integrality, PNAN (Portuguese acronym for National Policy of Food and Nutrition), Social Nutrition and Networking. It was observed isolated work, little communication between peers. Most affirmed that graduation did not provide adequate training on SUS, Social Nutrition and PNAN, focusing on biomedical technical knowledge. The study highlighted the suffering implied in some speeches, revealing invisibility as a category and low valorization of the nutritionist in the health services. **Conclusion:** although nutritionists identify institutional difficulties, they emphasized the need of continuous training in their working context. By facing the need to overcome these difficulties, the importance of Permanent Education in Health becomes evident, as a strategy, reflection and support for these professionals, as fundamental agents in health care actions, collaborating with the strengthening of intra and interprofessional actions, in order to meet the population's needs.

Key words: nutritionists, health promotion, comprehensive health care, health education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados sociodemográficos e de formação acadêmica dos participantes da pesquisa.

Quadro 2- Informações sobre situação atual de trabalho e dados funcionais dos participantes da pesquisa.

Quadro 3 - Categorias gerais e específicas da análise de conteúdo temática das entrevistas dos participantes da pesquisa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária em Saúde
BS – Baixada Santista
CFN – Conselho Federal de Nutricionistas
COFORM – Coordenadoria de Formação
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCN – Diretriz Nacional Curricular
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
EPS – Educação Permanente em Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente
PMS – Prefeitura Municipal de Santos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASN – Política Nacional de Alimentação e Segurança Nutricional
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SEDS – Secretaria de Desenvolvimento Social
SEDUC – Secretaria Municipal de Educação
SENUTRI – Seção de Nutrição e Dietoterapia
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

	Páginas
1- Apresentação: a construção da pesquisa	13
2- Fundamentação teórica	16
2.1 A centralidade do princípio de integralidade e a relação com a rede de cuidados em saúde	16
2.2 O nutricionista no SUS e o papel da PNAN: diversos contextos, diversas realidades	20
2.3 O contexto do trabalho em Nutrição no município de Santos – SP: um cenário complexo	23
3 – Objetivos	26
3.1. Objetivo geral	26
3.2. Objetivos específicos	26
4 – Método	27
4.1 Tipo de pesquisa	27
4.2 Local	27
4.3 Participantes	27
4.4 Instrumentos	28
4.5 Coleta de dados	28
4.6 Análise dos dados	28
4.7 Aspectos Éticos	29
5 – Resultados e discussão	30
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	30
5.2 Análise das entrevistas	32
6 – Conclusão	56
Referências	58
Anexos	
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	
Anexo II – Entrevista semiestruturada	
Anexo III – PARECER FINAL CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO CEP-UNIFESP	
Anexo IV – Declaração de Aprovação da COFORM- SMS	
Anexo V – Produto Técnico	

1 – APRESENTAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

“Nada pode ser considerado intelectualmente um problema se não tiver sido em última instância, um problema na vida prática” (MINAYO, 2009)

Nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) foi possível observar que um dos grandes desafios enfrentados tem sido a garantia da integralidade do cuidado em saúde, sendo necessária a busca por um o modelo de atendimento que extrapole a abordagem médico-centrada e priorize uma atenção integral de saúde.

O aumento do número pessoas com doenças crônicas não transmissíveis determina a necessidade de organização do atendimento nos serviços de saúde para atender a essa população. Os pacientes com condições crônicas apresentam necessidades de cuidado diferenciado, com linhas de cuidado que contemplem muito mais que intervenção biomédica pontual, mas também com oferta de apoio continuado e empoderamento para autocuidado (BRASIL, 2014).

A partir da minha experiência profissional, como nutricionista, com mais de 10 anos de prática nas políticas públicas (SUAS e SUS) desenvolvidas no Município de Santos, fui instigada a aprimorar a minha capacidade de atender as diversas dimensões do cuidado em saúde. O ingresso no Mestrado Profissional, no Programa Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, possibilitou a ampliação do meu olhar e da minha escuta sobre o assunto.

No geral, a formação do nutricionista é extremamente tecnicista, com foco em cálculos e tabelas, permissões e exclusões alimentares, sendo possível antever que isso pode impactar negativamente no atendimento das necessidades de cuidado ampliado da população atendida. Considerando que um dos objetivos da ciência da Nutrição é pesquisar e promover hábitos alimentares adequados que permitam ao homem um envelhecimento saudável, com qualidade de vida (MARTINS, 2011) e garantindo o Direito Humano à Alimentação Adequada, faz-se necessário buscar a construção de uma proposta de ação ampla para uma mudança na forma de atuação profissional do nutricionista.

Atualmente – especialmente na região da Baixada Santista - pode-se indagar se há um trabalho efetivo em rede no que diz respeito ao campo específico da Nutrição. Evidentemente que, sem esse tipo de ação integrada e articulada, a proposta de um trabalho integral em saúde se torna fragilizada, gerando lacunas e problemas para a consolidação para as ações de cuidado, independentemente do nível de complexidade onde os profissionais atuam.

Diante desse cenário, meu interesse por um olhar mais abrangente e integral de atenção em saúde surgiu a partir e minha rotina de trabalho, na qual tive que lidar com algumas inquietações relacionadas à complexidade do cuidado nutricional em Saúde Coletiva a partir da minha entrada na Atenção Primária e, mais especificamente, atuando em um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na região dos Morros em Santos-SP. Surgiram, então, algumas indagações: como os nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos (SMS-Santos) estariam trabalhando com a integralidade do cuidado? Como a rede de cuidados em Alimentação e Nutrição ocorre nesse contexto? Como a formação acadêmica dos profissionais nutricionistas influenciaria nesse cuidado em saúde no contexto do SUS? Como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) é vista por esses profissionais nutricionistas? Quais os desafios encontrados para implementar ações de nutrição e alimentação em sintonia com o SUS e a PNAN? Estes são alguns dos questionamentos que permearam a construção da pesquisa e nortearam a realização do presente trabalho.

Enquanto profissional de saúde, atuante na Atenção Básica, é possível identificar a necessidade de exercer diversas funções na “articulação entre as equipes de saúde da atenção básica e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado” (BRASIL, 2015). Ciente de que tal articulação é um desafio, acredito que o tema escolhido auxilie na minha prática profissional e venha a contribuir com o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição pelos colegas nutricionistas do município de Santos. Da mesma forma, a compreensão da relação do profissional nutricionista com seus pares, a busca pelo conhecimento da prática de outros profissionais nutricionistas da rede de atenção e a reflexão a respeito de nossa atuação profissional, frente aos desafios do atendimento no SUS, auxiliará nessa construção de um novo modelo de atenção nutricional.

Cabe, ainda, lembrar que a própria concepção do que se traduz como um Mestrado Profissional na área de Ensino em Ciências da Saúde tem a ver com a construção de uma pesquisa que envolva a realidade do trabalho de um profissional de saúde inserido em seu

contexto prático de trabalho, a partir de questões vivências concretas e, a partir desse trabalho, propor a construção de ações transformadoras nesse próprio contexto profissional.

Sendo assim, considerando que a noção de integralidade faça parte das propostas preconizadas pelo SUS, na prática, o que se observa é que há necessidade de implementação de ações efetivas em rede de saúde no município de Santos -SP na área de Alimentação e Nutrição, visando a construção de um plano de cuidado nutricional com enfoque na integralidade, mas para isso, é fundamental conhecer a realidade de trabalho dos profissionais nesse campo, e compreender quais as concepções e práticas que os nutricionistas da rede - na qual atuam profissionalmente atualmente - sobre integralidade e cuidado em rede, visando subsidiar o planejamento de estratégias de intervenção em Alimentação e Nutrição mais efetivas.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1– A centralidade do princípio de integralidade e a relação com a rede de cuidados em saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em 1988, foi norteadada pelos princípios da equidade, universalidade, integralidade e, também, pela regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação social. Sendo que, após 30 anos de sua criação, o SUS ainda não foi completamente efetivado devido a diversos fatores de ordem política e econômica. Há um inegável sub financiamento federal do SUS que gera muitas dificuldades práticas para sua real implementação, limitando a expansão e a qualidade do serviço. Tais restrições desestruturam os eixos estratégicos e constitucionais do SUS, afetando negativamente os recursos humanos, estruturais e materiais necessários para o acesso universal à saúde (SANTOS, 2018).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) a maioria da população brasileira é SUS-dependente e, no cenário atual, esta situação está longe de ser alterada (DUARTE *et al.*, 2018). Muitos brasileiros que utilizam preferencialmente o sistema privado de saúde acabam acessando concomitantemente o SUS pois o sistema privado apresenta limites de cobertura além de não ofertar serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, entre outros (ALVES e MARTINEZ, 2016). Diante da crise econômica instalada e da alta taxa de desemprego, é de se esperar que a rede privada de saúde esteja cada dia mais inacessível. Por sua abrangência e seu caráter universal, o SUS é uma política pública que garante o acesso de toda população brasileira às ações e serviços de saúde, incluindo os de alta complexidade como transplantes, hemodiálise e medicações de alto custo (DUARTE *et al.*, 2018).

Uma reflexão sobre o sentido dos princípios doutrinários do SUS é fundamental e nesse sentido, podemos destacar AYRES (2009, p.14) ao comentar que “o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um”. Sendo assim, poderemos identificar que a integralidade é um dos princípios fundamentais, mas também um dos mais difíceis de serem alcançados em sua amplitude, pois coloca em questão uma proposta em ato efetivo.

A integralidade, então, surge como um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro, mas as suas noções antecedem a criação do SUS. Ao longo da primeira metade do século XX, duas noções estadunidenses de integralidade, baseadas na Medicina Integral e na Medicina Comunitária, articulam-se entre si: a integração dos serviços (1920) e a atenção integral (*comprehensive care*). Essas noções acabam por se contrapor à excessiva especialização médica e à extensiva incorporação de tecnologias biomédicas para o diagnóstico e tratamento. Nas décadas de 1950/1960, esta pauta já era debatida dentro das universidades brasileiras e na década de 1970, começou a ser oferecido serviços de assistência organizados pela lógica da atenção integral à saúde e da saúde comunitária geridos pelas universidades. (KALICHMAN e AYRES, 2016).

No Brasil, a Reforma Sanitária impulsionou a criação de um novo sistema de saúde, a partir de um conceito de saúde ampliado, procurando superar as “dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica)” (CECCIM e FERLA, 2008, p.444). Antes da Constituição Federal de 1988, havia uma divisão bem clara do acesso a saúde; a saúde pública de caráter preventivo estava no setor da saúde e a assistência médica curativa estava no setor da previdência social. A acessibilidade da população à assistência médica estava restrita aos trabalhadores contribuintes da previdência com finalidade de recuperação e reabilitação para retorno ao emprego e as ações de promoção e prevenção estavam garantidas apenas aos agravos de maior prevalência ou com importante impacto à saúde pública (CECCIM e FERLA, 2008).

O conceito de integralidade ganhou novos rumos no contexto da Reforma Sanitária e da proposta de construção de um sistema de saúde que fosse direito de todos e que respeitasse o modo de vida das pessoas. Buscava-se organizar uma atenção integral que articulasse ações de intervenção coletivas e assistenciais individuais num novo modelo assistencial. Muito mais que prevenção x cura, promoção x reabilitação, este novo modelo de saúde buscava pela integralidade das ações num sistema único de saúde (KALICHMAN e AYRES, 2016; CECCIM e FERLA, 2008).

O surgimento de um sistema unificado de saúde, com um conceito ampliado de saúde onde a qualidade de vida e de trabalho impactam na saúde individual e coletiva do grupo populacional, abolindo a desfragmentação do setor assistencial da saúde coletiva era a proposta que vinha sendo defendida. A participação social neste processo foi fundamental na tomada de decisões sobre o rumo do novo sistema de saúde proposto e deixando explícito que a saúde seria entendida como direito de todos e dever do Estado (CECCIM e FERLA, 2008).

Para promover a integralidade nos cuidados em saúde, foi necessário repensar o modelo assistencial utilizado no SUS priorizando uma abordagem global do cuidado em saúde (MOREIRA *et al.*, 2010) e promovendo a organização dos processos de trabalho com a ampliação de autonomia dos sujeitos para a autogestão das doenças crônicas (MALTA e MERHY, 2010).

Nesse processo de construção de um novo modelo assistencial do SUS, foram sendo propostas diversas políticas que norteiam a prática da integralidade propõem a efetivação de uma assistência voltada para as reais necessidades da população (CECCIM e FEURWERKER, 2004) em seus inúmeros níveis de atenção e complexidade, nas distintas abordagens do processo saúde-doença e nos intrínsecos aspectos do indivíduo (SILVA e SENA, 2006). Com isso, destaca-se que a noção de integralidade na atenção à saúde não corresponde somente aos diferentes níveis de atenção e ao acesso às tecnologias biocientíficas, “mas ao domínio dos fatores de condicionamento dos estados de saúde e às chances de intervenção oportuna ou adequada sobre os mesmos” (CECCIM e FERLA, 2008, p.447).

Nesse ponto de vista, o cuidado integral do indivíduo extrapola a visão biológica e integra as práticas biomédicas com ações de acolhimento, escuta e diálogo (MELO e COELHO, 2011) de modo a respeitar a complexidade dos indivíduos (BAGGIO *et al.*, 2009). A integralidade do cuidado torna-se fundamental para identificar às demandas em saúde vinculadas ao contexto sociocultural e as diversas perspectivas do sujeito (MELO e COELHO, 2011).

Ao contrário do que se pensa, a integralidade não desconsidera o exercício da clínica, mas preza pelo seu uso prudente associado às diversas dimensões de cuidado em saúde e a complexidade do ser humano (MELO e COELHO, 2011). Os saberes específicos auxiliam na efetivação da atenção integral quando a equipe multidisciplinar se encontra comprometida com trocas de conhecimento entre especialistas de diferentes áreas (MENDONÇA *et al.*, 2012).

A fragmentação dos serviços e a dificuldade de acesso a serviços e procedimentos são umas das principais dificuldades para a produção da integralidade no Brasil. Já foram propostas ideia da regulação, do matriciamento e das linhas de cuidado como possibilidade para organizar gestão do sistema e produção do cuidado. A articulação entre os equipamentos da saúde nos diferentes níveis de atenção é um importante nó crítico que precisa ser analisado, pois os serviços são organizados e financiados segundo critérios distintos. Isso impõe limitação da resolubilidade dos problemas de saúde, descontinuidade do serviço prestado, perda do vínculo,

desresponsabilização, retrabalho e perda de qualidade da atenção prestada ao usuário (BADUY *et al.*, 2011).

Ao se realizar um esforço para inovação das práticas em saúde, LIMA *et al.* (2017) comentam que a relação entre a Saúde Pública e as Ciências Humanas é fator fundamental para o desenvolvimento de um cuidado pautado na integralidade da atenção. Para tanto, o SUS necessita de dispositivos que efetivem a integralidade nos diferentes níveis de atenção em saúde, o que implica na mudança da organização do trabalho e na estruturação de equipes de saúde preparadas para articular entre si e com os indivíduos atendidos. Esta é uma das práticas em saúde mais desafiadoras do SUS: organização das equipes de saúde para que de forma compartilhada articulem ações interprofissionais tendo como centro as necessidades dos sujeitos (FURTADO, 2009).

Numa visão genérica, a organização de redes de cuidado pode ser entendida como um desses dispositivos, ou como “a busca por mecanismos e instrumentos de integração, aqui incluídos os dirigidos à prática clínica individual, à integração organizacional horizontal ou vertical e entre setores, como saúde e cuidado social” (KUSCHNIR e CHORNY, 2010, p.2308).

É na construção da integralidade que verificamos como conversam entre si a organização dos serviços, o trabalho técnico desenvolvido pelos profissionais e o saber do usuário e da comunidade (KALICHMAN e AYRES, 2016). A produção de redes de cuidado se dá por uma complexa estrutura, envolvendo instituições, serviços, equipes e usuários; sendo assim uma construção “viva” e em constante modificação (MAXIMINO *et al.*, 2017). Na elaboração do cuidado em saúde, a integralidade desempenha dupla função, de ação e de reflexão, resultado da multiplicidade de valores, propostas políticas e instrumentos que movem as práticas de saúde (KALICHMAN e AYRES, 2016).

Nessa mesma linha de pensamento, FEUERWERKER (2011, p.102) destaca que “além do modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, há outras lógicas que precisam ser superadas ou relativizadas”. Ponderar a integralidade como eixo da atenção implica em pensar nas necessidades de saúde dos usuários como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, e assim a cadeia de cuidados. A formação da rede de cuidados em saúde é muito mais que a gestão dos serviços, envolve também a produção deste cuidado com o encontro entre trabalhadores da saúde e usuários. Não há cadeia de cuidado sem mobilizar a articulação com outros setores que não os da saúde, através de uma agenda comum que irá potencializar e ampliar o cuidado em saúde (FEUERWERKER, 2011).

As políticas públicas podem nortear e possibilitar as condições para a elaboração de um modelo de saúde integral, mas é na micropolítica das relações interpessoais que a efetivação do cuidado em saúde acontece (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Os profissionais de saúde acabam sendo os encarregados de auxiliar na organização do serviço de saúde, levando em conta as temáticas prioritárias apontadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas Secretarias Municipais de Saúde. Para a produção da rede de cuidados, além da orientação institucional, eles utilizam o seu modo de pensar e agir na produção deste cuidado (MAXIMINO *et al.*, 2017). A equipe de saúde é quem determina dinâmica dos microprocessos de trabalho em saúde integral através da definição do perfil da assistência a ser prestada, ou seja, podendo focar a prática na produção de procedimentos ou na produção do cuidado (BRITO, 2005).

Em resumo, o conceito de integralidade proposto pelo SUS elenca três sentidos principais relacionados com: a visão global dos indivíduos, considerando as diferentes dimensões de sua vida; o modo de organizar os serviços, integrando os diferentes equipamentos da rede de atenção para suprir as diversas necessidades dos usuários; e a construção de políticas públicas que garantam acesso nos diversos níveis de atenção (FITTIPALDI *et al.*, 2017).

2.2 – O nutricionista no SUS e o papel da PNAN: diversos contextos, diversas realidades.

No Brasil, as políticas públicas de alimentação e nutrição começaram a despontar na década de 1930 juntamente a história do surgimento da profissão de nutricionista e ‘como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista’ (ZEMINIAN, 2018, p. 29).

A história da Nutrição no Brasil inicia, em 1930-1940, com duas correntes médicas bem distintas, uma linha baseada num conceito mais individual e outra com foco no coletivo. Uma das vertentes tinha como preocupação influencia dos nutrientes na saúde e na recuperação das doenças dando início a Nutrição Clínica, onde o foco é a dietoterapia e a utilização biológica dos nutrientes. Sob a perspectiva do coletivo e da questão social, tivemos uma corrente preocupada com aspectos de produção, distribuição e consumo de alimentos pela população brasileira., dando origem à alimentação coletiva (institucional) e a Nutrição em Saúde Pública (VASCONCELOS, 2002 e ZEMINIAN, 2018).

Durante estes 80 anos de história podemos notar profundas mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram na sociedade brasileira. Na década de 1930, o perfil epidemiológico nutricional resumia-se em doenças associadas a deficiências nutricionais. A partir deste período até os dias atuais, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as mais

prevalentes na população brasileira, acarretando a necessidade de pensar novas formas de intervenção na alimentação e nutrição (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Com a finalidade de fortalecer a promoção da saúde em nosso país, o SUS realiza grande esforço na criação e efetivação de ações e estratégias que priorizem a melhora da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2010). Seguindo este ponto de vista, o tema “Alimentação e Nutrição” ganha espaço dentro das Políticas Públicas devido seu importante papel na promoção, prevenção e recuperação da saúde do sujeito e da coletividade (CASTRO *et al.*, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2012).

Segundo MENDES (2010), a situação epidemiológica brasileira tem sido definida como tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo, a permanência de doenças infecciosas, parasitárias, desnutrição e carências de micronutrientes; predominância das doenças crônicas e de seus fatores de risco; e o forte crescimento das causas externas associadas ao aumento da violência. Um dos fatores que mais impacta a situação nutricional da população está relacionada com aumento do sobrepeso e obesidade resultantes da crescente oferta de alimentos industrializados, do acesso a alimentos de baixo custo e energeticamente densos e da redução da atividade física regular (FITTIPALDI *et al.*, 2017).

Levando estes dados em consideração, o campo da Nutrição enfrenta o impasse de lidar ao mesmo tempo com a desnutrição/carência de nutrientes e a obesidade. Para o enfrentamento dessas condições de saúde, aparentemente contraditórias, é preciso articular diversas políticas públicas em uma agenda única de Nutrição, com intuito de promover a alimentação saudável nos diferentes ciclos da vida (COUTINHO *et al.*, 2008).

Sendo a alimentação um dos requisitos básicos para promoção e proteção da saúde, ela constitui direito humano indispensável, portanto, dever do Estado e responsabilidade da sociedade civil (FERREIRA e MAGALHÃES, 2007). Com a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, a agenda da Alimentação e Nutrição ganhou novo fôlego no cenário político, buscando apoiar gestor local e profissional da equipe de saúde em ações que visam garantir o cuidado integral à saúde e a soberania da segurança alimentar e nutricional e, além disso, facilitar rede de apoio institucional nos estados e municípios brasileiros (COUTINHO *et al.*, 2008).

A PNAN é norteada pelos princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular) e, também estabelece a alimentação como elemento de humanização das ações em saúde, considera o respeito à diversidade e à cultura alimentar da população brasileira, auxilia no fortalecimento da autonomia dos indivíduos, contribui para determinação social e a natureza

interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição e garante a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2013). Podemos destacar como méritos do PNAN o desenvolvimento da vigilância alimentar e nutricional, a produção regular de informações sobre estado nutricional da população e a construção da agenda de promoção da alimentação saudável (CANELLA *et al.*, 2013).

A temática da alimentação é muito vasta e complexa, extrapolando os limites da área da saúde e indo além do seu valor nutricional e biológico (MARTINS, 2011), necessitando que a PNAN articule com diversos setores governamentais, setor produtivo e com múltiplos segmentos da sociedade para garantir o direito humano à alimentação e nutrição à população brasileira (ARRUDA e ARRUDA, 2007). Diante disso, é preciso levar em conta que a alimentação faz parte das nossas necessidades básicas de sobrevivência e está envolvida com a sociedade, com a identidade cultural de seu povo e com a expressão do seu modo de vida (MARTINS, 2011), o nutricionista deve propor ações de alimentação e nutrição nos diferentes níveis de atenção, em especial na atenção básica, que agregada a outras práticas acarretam em repercussões na saúde da população (MENDONÇA *et al.*, 2012).

Em um cenário ideal, o profissional nutricionista, com sua formação generalista e norteado pelas diretrizes do PNAN, desempenha importante papel no desenvolvimento de estratégias de educação continuada em segurança alimentar e atenção nutricional no âmbito do SUS (CASTRO *et al.*, 2017). Sendo assim, para auxiliar na formação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados em saúde faz-se indispensável à atuação de nutricionistas aptos para dar novo significado a relação homem-alimento e para a complexidade da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Segundo MENDES (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que permitam ofertar uma atenção integral a saúde de determinada população, coordenada pela Atenção Básica (AB) à saúde de maneira humanizada. Os três níveis de atenção à saúde se relacionam horizontalmente para garantir uma atenção integral com ações de promoção, prevenção, reabilitação e paliativas.

A ordenação da rede pela Atenção Básica se justifica pelo princípio organizativo das RAS, pensadas e construídas a partir das necessidades de saúde da população, garantindo que o indivíduo receba o cuidado que necessita, levando em conta a integralidade do cuidado. (ZEMINIAN, 2018)

De acordo com RIGON *et al.* (2016), o nutricionista que atua no SUS tem duas grandes frentes de trabalho a desenvolver: uma que se refere a gestão das políticas públicas e outra que diz respeito à dimensão da assistência (promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde). Este profissional nutricionista detém um trabalho bem abrangente e

complexo, pois além da atuação específica também deve procurar articular uma ação conjunta com os demais profissionais do SUS, sensibilizando-os e corresponsabilizando-os sobre a temática da Alimentação e Nutrição.

No que se refere as ações específicas do campo da Alimentação e Nutrição, as diretrizes da PNAN podem nortear as ações estratégicas para: “promover práticas alimentares saudáveis individuais e coletivas em todos os ciclos de vida; contribuir com respostas às demandas assistenciais nos agravos nutricionais; desenvolver projetos terapêuticos focados nas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT); realizar diagnóstico alimentar e nutricional da população, identificando grupos de risco; e promover a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) com vistas a assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (FITTIPALDI *et al.*, 2017, p.795).

De acordo com ZEMINIAN (2018), “a existência de políticas públicas parece não ser suficiente para a atuação do nutricionista, uma vez que estas podem estar desarticuladas entre si, o que faz com que haja superposição de objetivos e competências e limitação da clientela atendida”.

A partir do exposto acima, vemos que há uma tarefa complexa que concerne, tanto ao profissional da Nutrição, quanto a toda equipe multiprofissional, no sentido de conhecer e possibilitar a implantação da PNAN de forma efetiva e articulada a um trabalho em rede, sendo que tal tarefa implica na superação de desafios complexos e engajamentos de ordem técnica e política, norteados ações que permitam essa construção.

2.3 – O contexto do trabalho em Nutrição no município de Santos-SP: um cenário complexo

É senso comum que existe uma grande influência da alimentação na saúde dos indivíduos e que o profissional nutricionista é protagonista no planejamento de estratégias assertivas para promoção da saúde e garantia da segurança alimentar (PINHEIRO *et al.*, 2012).

Baseada na Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) nº 380/2005, compete ao profissional nutricionista atuante na Saúde Pública “prestar assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas e em consultório de nutrição e dietética, através de ações, programas, pesquisas e eventos, direta ou indiretamente relacionados à alimentação e nutrição, visando à prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde” (p. 23).

No Brasil, cerca de 19 mil nutricionistas estão atualmente na rede pública de saúde, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mas a inserção

dos nutricionistas na Secretaria de Saúde de Santos-SP ainda é tímida. A estância balneária de Santos, localizada no estado de São Paulo, é a maior cidade do litoral paulista com 419.400 habitantes (Censo 2010 - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística/IBGE) e tem a atividade portuária como predominante no município. De acordo com dados de 2017, obtidos no site oficial da Prefeitura Municipal de Santos, a cidade de Santos conta com 11.888 funcionários públicos municipais (estatutários, celetistas e em cargo de comissão). Dentro deste universo, a Prefeitura Municipal de Santos (PMS) mantém em seu quadro de funcionários 33 profissionais nutricionistas, sendo que 02 estão em cargo de gestão. Do total de profissionais nutricionistas, 16 estão lotados na Secretaria Municipal de Educação (SEDUC), 02 estão lotados na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SEDS) e 15 estão lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

RIGON *et al.* (2016) comentam que o baixo número de nutricionistas em cargo de gerência de serviços de saúde também influencia negativamente na implantação de ações de alimentação e nutrição dentro dos municípios, impedindo o fortalecimento da área de nutrição, gerando ausência da atuação necessária e prejuízos para a saúde da população. Outro autor BOOG (2008), ressalta que o esforço na contratação de profissionais nutricionistas pelos gestores dos serviços públicos de saúde é muito tímido, embora, ninguém ponha em dúvida o impacto que ações de alimentação e a nutrição tem sobre a saúde da população. Este número pequeno de nutricionistas atuantes no campo da Saúde Pública acaba tendo pouca resolutividade, ainda que disponha de conhecimentos técnicos para solucionar a maior parte dos problemas de nutrição existentes nos territórios. Por sua vez, NEVES *et al.* (2017) ressalta que, na ausência de nutricionistas para realizar o cuidado nutricional, a rede de atenção à saúde fica fragilizada e impõem aos outros profissionais da Atenção Básica os desafios na prestação de aconselhamento nutricional sem matriciamento sobre o assunto.

Em um estudo realizado por NEVES *et al.* (2017) foi avaliada a atenção nutricional aos adultos com excesso de peso na Atenção Primária e Secundária à Saúde em Santos -SP. Nesse estudo conseguiu-se identificar fatores limitantes da integralidade em dois níveis de atenção, explicitando pouca comunicação entre a Atenção Primária a Saúde e Atenção Secundária a Saúde. Além disso, observaram ações fragmentadas, ausência de ações de promoção e proteção da saúde nesses contextos. Tais autores apontaram a necessidade de articulação intersetorial nos serviços de saúde como um dos pontos fundamentais para a efetivação da integralidade do cuidado e, além disso, este estudo evidencia que há problemas na referência a contra referência do município, que não foram sanadas mesmo com a implantação do prontuário eletrônico na rede municipal de saúde de Santos.

As ações de assistência nutricional junto à rede de atenção à saúde compreendem promoção de ações de educação em saúde e nutrição, realização do cuidado nutricional nos diferentes ciclos da vida, desenvolvimento de orientações nutricionais terapêuticas para DCNT e deficiências nutricionais e estímulo à produção e ao consumo de alimentos saudáveis, ações previstas na agenda única da Nutrição, garantidas pela PNAN e pelo Sistema Único de Saúde (BORELLI *et al.* , 2015).

3 – OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer as concepções e práticas dos profissionais nutricionistas sobre integralidade em saúde, levando em conta as demandas e desafios do cuidado em rede.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos-SP.
- Investigar as concepções teórico-práticas de profissionais nutricionistas quanto ao preceito da integralidade do SUS, bem como dificuldades e facilidades do processo de construção de um plano de cuidados em atenção nutricional e alimentar considerando um trabalho em rede.
- A partir dos dados da pesquisa propor uma ação educativa junto aos profissionais de nutrição do município de Santos – SP, com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho e, além disso, permitir a construção de práticas assistenciais que contemplem as necessidades singulares dos usuários do serviço, na perspectiva do cuidado integral em rede.

4 – MÉTODO

4.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa realizada foi qualitativa na qual se tratando de uma pesquisa qualitativa aplicada à saúde, segundo TURATO (2005, p. 509), “emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”. Sendo assim, a abordagem qualitativa foi utilizada com o propósito de valorização do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos, o que correspondeu à abertura para o espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à simples operacionalização de variáveis, como comenta MINAYO (2009).

4.2. Local

A pesquisa foi realizada nos equipamentos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santos – São Paulo, que contavam com nutricionista em sua equipe.

4.3. Participantes

Os participantes desta pesquisa foram profissionais da área de Nutrição do Município de Santos-SP. Como critérios de inclusão, foram convidados profissionais efetivos da área de Nutrição do Município de Santos, que estejam vinculados e atuando diretamente na área e que consentirem voluntariamente em participar desta pesquisa. Os critérios de não inclusão foram profissionais que não estejam atuando diretamente na área de Nutrição, sem vínculo empregatício e que não consentirem formalmente em participar do estudo via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo I).

Quanto ao número de sujeitos da pesquisa, cabe lembrar que geralmente as pesquisas qualitativas têm um número de participantes que pode variar entre cinco e quinze entrevistados, podendo ser modificado para baixo ou para cima, de acordo com o campo e objetivos propostos pela investigação (TURATO, 2011).

Na época da realização da pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos-SP contava com quinze (15) nutricionistas em seu quadro de funcionários, sendo que, deste número dois profissionais não foram convidados a participar, sendo um deles a própria pesquisadora e uma nutricionista que está afastada a mais de dois anos devido licença médica. Sendo assim, dos treze (13) nutricionistas convidados a participar da pesquisa, nove (09) aceitaram ser

entrevistados. Cabe ressaltar que este número de participantes foi considerando suficiente para os objetivos deste estudo.

4.4. Instrumentos

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com cada participante, a partir de um roteiro temático de questões previamente elaboradas (Anexo II). O objetivo desse instrumento é “propiciar situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a ‘provocar’ um discurso mais ou menos livre, mas que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto investigado e academicamente relevante” (DUARTE, 2004).

4.5. Coleta dos dados

A coleta de dados (realização das entrevistas) ocorreu entre março e outubro de 2018. Os participantes foram selecionados a partir de um levantamento nos equipamentos de saúde, identificando quais setores têm em seu quadro de funcionários o profissional nutricionista. Todas as entrevistas foram agendadas por telefone pela própria pesquisadora e realizadas no equipamento de saúde em horários combinados entre o pesquisador, o participante e a chefia do equipamento de saúde, de forma a não atrapalhar o andamento de sua rotina. O participante foi convidado a se dirigir a uma sala reservada do próprio equipamento de saúde, onde aconteceu a entrevista individual. O pesquisador explicou o teor da pesquisa e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). O tempo previsto para cada entrevista foi de aproximadamente 40 minutos.

4.6. Análise dos dados

As entrevistas individuais foram gravadas, com autorização expressa dos participantes. As gravações foram transcritas e os discursos dos entrevistados foram categorizados a partir da Análise de Conteúdo do tipo temática de BARDIN (2011), caracterizada por ser um tipo de análise que “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (p. 42).

Na análise de conteúdo, destacam-se a categorização, inferência, descrição e interpretação. Existem várias maneiras de se analisar conteúdos, sendo uma delas a análise temática, onde o conceito central é o tema, uma unidade de registro em torno do qual se tira

uma conclusão. Essa análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação (GOMES, 2012)

A análise dos dados permitiu a construção das seguintes categorias gerais: Categoria A – Integralidade, Categoria B – Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Categoria C – Nutrição Social e Categoria D – Trabalho em rede. As categorias construídas a partir dessa análise serão apresentadas em detalhes no item “Resultados e discussão”.

4.7. Aspectos Éticos

A participação dos entrevistados ocorreu voluntariamente, preservando-se a identidade e o sigilo dos mesmos. As entrevistas foram gravadas com autorização explícita dos entrevistados. Os aspectos éticos desse estudo foram preservados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram um TCLE (Anexo I) no qual foram esclarecidos do teor da pesquisa e receberam uma via do mesmo. O estudo foi aprovado pela Coordenadoria de Formação e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos- SP (COFORM- SMS) (Anexo IV) e pelo Comitê de Ética da UNIFESP sob número CAAE 81167317400005505 (Anexo III).

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados da pesquisa obtidos por meio das entrevistas.

5.1 – Caracterização dos participantes da pesquisa.

Participaram da pesquisa nove nutricionistas, sendo sete do sexo feminino e dois do sexo masculino; com média de idade de 36.2 anos (com máxima de 46 e mínima de 27); sete são casados e têm filhos; sete referiram ter especialização concluída, dois são mestres; um referiu ter outra graduação além da Nutrição. Quanto ao tempo de formação em Nutrição, seis tem mais de 10 anos de formado e três tem tempo inferior a 10 anos.

Em comparação aos dados encontrados na pesquisa “Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil” realizada em 2017 pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) podemos verificar que encontramos dados similares com relação a prevalência da faixa etária de 25 a 44 anos; maioria com cônjuge ou companheiro (a); com relação ao tempo de formação maior parte graduada há cinco anos ou mais; predomínio de formação em instituição privada de ensino e com especialização como escolha de aperfeiçoamento profissional.

Para fins de preservação da identidade e sigilo dos participantes, cada um deles receberá a designação de “N”, sendo numerados de um a nove, ou seja, o primeiro participante será designado como “N1” e assim por diante.

No Quadro 1, a seguir, apresenta as principais características do perfil sociodemográfico dos entrevistados como gênero, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade e tempo de formação em Nutrição.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos e de formação acadêmica dos participantes da pesquisa.

Entrevistado ¹	Idade	Sexo	Estado Civil	Filhos	Tempo formação ² (anos)	Tipo de universidade ³	Especialização	Mestrado	Outra formação ⁴
N1	40	F	Casada	Sim	15	Pública	em andamento	sim	Não
N2	32	F	Solteira	Não	05	Privada	Sim	não	Não
N3	35	F	Casada	Sim	13	Privada	Sim	não	Não
N4	36	F	Casada	Sim	15	Privada	Sim	sim	Não
N5	27	M	Solteiro	Não	05	Privada	Em andamento	não	Não
N6	46	F	Casada	Sim	22	Privada	Sim	sim	Não
N7	31	F	casada	Sim	07	privada	Sim	não	Não
N8	43	M	união estável	Sim	22	Privada	Sim	não	Sim
N9	36	F	casada	Sim	15	Privada	Sim	não	Não

¹Cada entrevistado foi designado pela letra “N” e um número de referência.

²Tempo de formação na graduação em Nutrição.

³Tipo de universidade em que cursou a graduação em Nutrição.

⁴Graduação em outra área, além da graduação em Nutrição.

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 2 – Informações sobre situação atual de trabalho e dados funcionais dos participantes da pesquisa.

Entrevistado	Tempo de atuação no SUS (anos)	Tempo de atuação no setor atual (anos)	Número de pessoas sob chefia	Participação atual em processo de formação continuada
N1	12	03	0	Não
N2	04	04	60	Não
N3	10	08	0	Sim
N4	11	08	0	Sim
N5	04	< 01	0	Sim
N6	21	< 01	0	Não
N7	< 01	<01	0	Não
N8	14	14	14	Sim
N9	12	12	0	Não

Fonte: elaborado pela autora

No Quadro 2 apresentamos informações sobre atual situação de trabalho e alguns dados funcionais dos entrevistados. Com relação ao local de trabalho todos os níveis de atenção (primário, secundário, terciário) foram contemplados com pelo menos um entrevistado. Todos os entrevistados têm vínculo efetivo atual por meio de concurso público municipal e carga horária de 40 horas semanais. Quanto ao tempo de serviço no SUS, cinco têm tempo superior a dez anos e quatro trabalham no SUS a menos de dez anos; apenas dois entrevistados exercem função com funcionários subordinados; sete tem menos de dez anos de trabalho no equipamento atual e dois tem tempo superior a dez anos de trabalho no equipamento de saúde atual. Nenhum dos entrevistados tem participação atual em projeto de pesquisa. Quatro entrevistados relataram participação atual em processos de formação continuada, sendo citados, preceptoria de estágio, participação na residência multiprofissional do município e capacitação/treinamento de funcionários.

5.2 – Análise das entrevistas

Todas as entrevistas foram transcritas e os relatos foram organizados em categorias gerais e categorias específicas de discurso, construídas a partir do método de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), possibilitando destacar e discutir sobre diferentes temáticas segundo os propósitos da pesquisa. A seguir apresentamos no Quadro 3, que

apresenta as categorias gerais e as categorias específicas da análise de conteúdo temática das entrevistas dos nutricionistas participantes da pesquisa.

Quadro 3 - Categorias gerais e específicas da análise de conteúdo temática das entrevistas dos participantes da pesquisa.

Categoria geral	Categoria específica
A. Integralidade	A.1 Conceito integralidade
	A.2 Integralidade e a intersetorialidade
	A.3 Nutrição e integralidade
B. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	B.1 Conhecimento sobre PNAN
	B.2 PNAN e SUS
C. Nutrição Social	C.1 Motivação inicial para atuar na área
	C.2 Motivação de permanência na área
	C.3 Formação em Nutrição Social
D. Trabalho em rede	D.1. Relação número nutricionistas e o trabalho em rede
	D.2 Conhecimento sobre trabalho de profissionais da área nos diferentes serviços

Fonte: elaborado pela autora

A seguir, apresentamos, como resultados, cada categoria geral e específica, com trechos das entrevistas que explicitam a temática de interesse, bem como uma articulação dessa análise com dados da literatura que permitam a construção da discussão proposta na pesquisa.

A – Categoria geral - Integralidade

A.1 – Categoria específica: conceito de integralidade

A palavra integridade em grego, *hole ousia*, aponta para o sentido ser saudável, sendo assim, o ser completo e saudável uma referência para boa saúde (COSTA, 2004). Os indivíduos, pela ótica da integralidade, são vistos de maneira global em suas dimensões biológica, cultural e social. Como princípio do SUS, a integralidade orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades dos usuários no acesso à rede de serviços. Para tal, a

integralidade é construída no dia a dia, na práxis das equipes de saúde com e nos serviços de saúde (FRACOLLI *et al.*, 2011).

Nos trechos a seguir, a partir das transcrições dos discursos dos participantes da pesquisa, destacamos a concepção de integralidade que norteia o trabalho da maioria dos nutricionistas entrevistados. De uma maneira geral, o atendimento do indivíduo em sua totalidade foi o mais mencionado, aproximando a integralidade do conceito de cuidado (MONTENEGRO *et al.*, 2010). A Medicina Integral abrange muitos dos aspectos citados pelos entrevistados na qual os cuidados em saúde levam em consideração os aspectos somático, psíquico e social, indo além da ação meramente curativa da assistência médica (PIOVESAN, 1967).

“Acho que é fazer com que o paciente seja atendido de maneira completa. (...), que ele possa ser atendido na forma física, fisiológica, da parte psicológica.” (N9)

“Atualmente, eu tenho essa percepção de que seria esse atendimento como um todo para o paciente.” (N2)

“(...) de ver o indivíduo como um todo e não parte por parte.” (N3)

A noção de integralidade como uma visão ampliada e holística também foi mencionada pelos entrevistados, sendo que, para estes, é importante levar em consideração, além dos aspectos biomédicos e fisiológicos, também os aspectos sociais e psicológicos.

“(...) é você considerar o ser humano em sua totalidade. Então, você considera os desejos, você considera a cultura, tudo aquilo que “tá” envolvido na rotina daquele paciente.” (N5)

“(...) eu acho que é esse olhar mais ampliado mesmo, né?! De você tratar o sujeito com o histórico de vida, com as limitações, as potencialidades, aonde ele “tá” inserido. (...). Então, você trabalha mesmo o sujeito como um todo, como um formador de opinião, como uma pessoa influenciada pela sociedade, pela família, pela mídia (...)” (N4)

Uma das propostas de mudança no modelo de atenção à saúde no SUS envolve priorizar o usuário como um ser integral e participativo do processo de planejamento do cuidado, ao invés do modelo médico-centrado, no qual observa-se fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doente (FRACOLLI *et al.*, 2011 e BADUY *et al.*, 2011). No processo de viver humano, muitos elementos podem interferir na qualidade de

vida e neste sentido a integralidade do cuidado pode ser entendida como melhoria da condição humana ou de sua forma de vida ao evitar a fragmentação do ato de cuidar (MONTENEGRO *et al.*, 2010). Nas falas citadas acima frisou-se a não redução do paciente ao sintoma/queixa apresentada como um dos caminhos a ser percorrido na integralidade em saúde. Outras falas nessa direção são citadas a seguir.

“Observar o paciente não só como estômago, intestino, mas como um todo. Porque a gente não é só um órgão, um tecido. Nós somos um corpo humano. Somos uma pessoa antes de mais nada.” (N9)

“(...) não somente focar ali naquela questão que é posta; que a gente consegue muito mais informação que vão além daquilo, né?!” (N4)

Nesta perspectiva, lembramos da Política Nacional de Humanização da Saúde (BRASIL, 2004) que pretende valorizar a qualidade do cuidado procurando atender demandas subjetivas e referências culturais dos usuários, superando prática de queixa/condução (DESLANDES, 2004).

Outro ponto a ser destacado sobre a questão da integralidade vai em direção às ideias de MONTENEGRO (2010, p. 654) que propõe que “o significado de integralidade é indefinido e possui vários sentidos”. As falas mencionadas na pesquisa apontam para um dos muitos sentidos da integralidade, articulada a uma concepção de que a integralidade está relacionada com a visão global do cuidado em saúde.

A.2 – Categoria específica: integralidade e a intersectorialidade

Pode-se observar em algumas falas dos participantes que a integralidade está intimamente ligada a organização do trabalho e do cuidado em saúde nos diversos níveis de atenção, implicando na reorganização do modelo de atenção à saúde, priorizando a atenção primária e retirando do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, como também comentam FRACOLLI *et al.* (2011).

(...) quando o paciente vai encaminhado do médico para a especialidade (...) e depois ninguém acaba sabendo o que realmente ele tem de problema, porque não consegue ver ele como um todo. Vê todo fragmentado!” (N3)

“Mas a gente tem que ter muita clareza do cenário como um todo pra conseguir integrar com os outros profissionais, né?! Senão, o paciente acaba ocupando vários locais na rede e não aderindo a nenhum também.” (N1)

“(...) a integralidade é você conseguir atender o indivíduo com todas as armas que você possa ter. E o que me deixa mais envergonhada é que o serviço público tem todas essas armas. A gente tem todos os profissionais. Muitas vezes mal alocados e que não sabem, nunca escutaram falar sobre integralidade (...)” (N6)

A fala de N6, citada acima, permite observar que há profissionais que se preocupam com os problemas e contradições do atual modelo de atenção e que, além de tudo, ficam bastante perturbados com o fato de que nem sempre o maior problema é a falta de recursos (de infraestrutura ou de recursos humanos). Esse entrevistado, N6, declara que há “todas as armas”, mas as ações não acontecem. Tais considerações permitem questionar qual ou quais seriam os motivos para essa dificuldade de promover um cuidado integral. Uma das possibilidades que podem explicar essa situação tem a ver com o fato de que, muitas vezes, observam-se problemas de comunicação entre os serviços e, internamente, entre os profissionais que atuam em equipe, interferem negativamente na implantação da atenção integral ao indivíduo, gerando dificuldade de acesso a serviços e procedimentos, além de descontinuidade do atendimento. Tais dificuldades de comunicação são explicitadas nas falas de N7, N1 e N4:

“A integralidade fala sobre um todo, né?! A gente não consegue acionar nada sozinho, faz parte sempre de uma equipe. Eu acho que esta busca da comunicação assertiva é fundamental em todas as categorias.” (N7)

“Eu acho que os setores formalmente precisavam conversar mais, né?! Se a gente fizer uma comparação simples, né, pelo menos primário, secundário e terciário tem que ter algum momento. Alguém, mesmo que representando o grupo, que não sejam todos, deveriam estar fazendo essa ponte. Ela é fundamental pra não haver retrabalho. Ela é fundamental pra continuidade dos atendimentos” (N1)

“Nos outros níveis eu acho bem complexo, porque é uma coisa mais pontual, né?! É uma coisa mais “chegou, atendeu, foi”. Não existe ainda essa comunicação efetiva da atenção...né, da atenção terciária ou da secundária com a primária. Existe, mas eu acho que bem lento, bem difícil e assim!” (N4)

Uma medida para auxiliar na integração do controle e planejamento das ações de saúde e propiciar a ampliação do acesso e da qualidade da assistência prestada à população é a

informatização dos sistemas de saúde, sendo uma das prioridades da gestão do Ministério da Saúde. Desde 2015, o município de Santos aderiu ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), mas nem todos os setores da saúde estão informatizados e em uso efetivo desse sistema, o que ocorre, muitas vezes, por falta de infraestrutura.

“Eu acho que alguma forma de comunicação a gente precisa ter! A gente está tendo uma implantação de um sistema que, em tese, a gente veria o atendimento de todos, né?! Esse sistema ele iniciou agora aqui (...), não tem número de computadores disponível suficiente.” (N1)

“Então, eu acho assim o olhar que a SMS tem pra integralidade é a implantação do sistema de informação. Ela acha que ela implanta o sistema de informatização “mega blaster” e que atenção vai conversar. (...) A primária vai conversar com a secundária e com a terciária por um simples computador. Só que as pessoas não são um simples computador.” (N6)

A integralidade demanda uma organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, levando a uma busca constante em ampliar as possibilidades de compreensão das necessidades de saúde da população atendida. Tal proposta não pode ser feita sem que os profissionais envolvidos dialoguem entre si e que o usuário também faça parte desta conversa (FRACOLLI *et al.*, 2011). As falas destacadas a seguir mostram que, na prática, o trabalho em rede não parece ocorrer e que há uma ação que acaba restrita a um trabalho disciplinar, ou seja, da área específica do profissional.

“A gente tem vários fios se formando, se fortalecendo, mas enquanto eles não cruzarem a gente não tem rede se formando. A gente tem vários fios soltos, que as vezes passam perto um do outro, mas que ainda não se entrelaçaram pra formar uma rede e que seria muito bom.” (N1)

No discurso de N1 fica claro como a integralidade e a intersetorialidade precisam se complementar para a concretização do trabalho em saúde. Dentro da visão da integralidade, a intersetorialidade amplia seu sentido e “passa não apenas pela construção de ações articuladas no âmbito do setor de saúde, mas na possibilidade de ações sequenciais e integrais em cada nível de atendimento” (MONTENEGRO *et al.*, 2010, p.652)

“Porque a gente, quando trabalha com outros profissionais, eu acho que cada um tem a sua visão de núcleo, mas quando a gente conversa junto, acho que todo mundo aprende, né?!” (N4)

No discurso de N4 destaca-se que na integralidade é fundamental a troca de saberes e que o conhecimento específico de cada profissional pode ter um potente papel para complementar o conhecimento do outro e assim garantir a efetividade do ato de cuidar.

A.3 – Categoria específica: nutrição e a integralidade

A construção da integralidade no SUS faz com que os trabalhadores de saúde compreendam temas diversos como território, comunicação, cidadania, equidade e direitos humanos, cultura e antropologia, entre outras áreas de conhecimento, pois delimitar a prática profissional ao núcleo específico de conhecimento empobrece as discussões e são insuficientes para responder às complexas demandas da saúde (MEDEIROS e DIEZ-GARCIA, 2013).

Acredita-se que a origem do campo de trabalho do nutricionista está estruturada nos cuidados dietéticos como prática da Enfermagem e o dietista hospitalar como um precursor do profissional nutricionista (CFN, 2017). Na história da Enfermagem, além do aspecto caritativo e assistencialista, também é presente a subordinação do saber de enfermagem para o saber médico (PADILHA e MANCIA, 2005) e assim a Nutrição também fica marcada com este caráter de subalternidade. O nutricionista em pesquisas anteriores já foi retratado como o profissional que depende do crivo médico para atuar (SAAR e TREVISAN, 2007) ou como um auxiliar facilitador do trabalho médico (CAMOSSA *et al.*, 2012). A Nutrição é enquadrada como uma das categorias da área de saúde não médicas, sendo impactada por ser, frequentemente, entendida como uma profissão de atuação complementar e submissa ao médico, o que restringe sua atuação e autonomia profissional. (SPINA *et al.*, 2018).

É importante refletir que a tendência contemporânea da especialização e da medicalização na área da saúde impacta na formação do nutricionista ao valorizar prescrição de nutrientes específicos em detrimento da comida de verdade, criando assim uma identificação profissional voltada para o olhar biomédico (SPINA *et al.*, 2018).

As diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de saúde, na maioria dos casos, desconhecem as funções e atribuições do nutricionista, reduzindo as ações desse profissional apenas a cálculo dietéticos e orientação pontual da dieta (SANTOS, 2005). A fala dos nutricionistas entrevistados expõem o problema do reducionismo técnico da categoria.

“E às vezes, assim, a própria Saúde da Família, equipe de Saúde da Família, acha que o nutricionista é isso, é: “Ai, chegou, tá com colesterol alto, marca a agenda e vai atender!”
(N4)

“A gente parece que está sempre reduzida a motilidade intestinal ou a hidratação e que não faz parte de um todo.” (N7)

“Eu acho que ainda falta esse olhar para entenderem claramente qual é o nosso papel e a devida importância, né?! Porque ainda existe muito uma impressão só de dietismo” (N1)

Para auxiliar na superação do reducionismo técnico da categoria, o matriciamento das equipes de saúde se faz necessário para sensibilizar sobre a importância das atribuições do nutricionista e das ações interdisciplinares na área de Alimentação e Nutrição (SPINA *et al.*, 2018).

A complexa agenda da Nutrição impõe uma ampliação dos conhecimentos do profissional nutricionista para além das esferas teóricas específicas. MEDEIROS (2013) corrobora com essa ideia ao afirmar que “(...) no cotidiano profissional, ficou claro que o encaminhamento das questões nutricionais ultrapassa a atuação técnica isolada, situando-se na esfera das condições de vida e trabalho, das relações humanas e envolvendo, entre outras, questões psicossociais”. (p.351)

“Porque eu sou nutricionista, mas eu não sou só isso: eu sou gente! Eu vivo, eu trabalho, eu conheço outras pessoas, eu conheço outras alternativas. Então, eu acho que a integralidade ela não olha só o seu profissional. Ela olha a sua experiência de vida. O que eu posso trazer para equipe toda de experiência de vida e profissional que eu tenho pra aquela comunidade?” (N6)

Na fala dos entrevistados foi possível identificar que a desvalorização do nutricionista na sua rotina de trabalho e isso acarreta na sensação de invisibilidade da categoria perante a equipe de trabalho multidisciplinar. Além disso, fica evidente que a rede de atenção precisa do trabalho desse profissional de forma integrada, como vemos nas falas a seguir.

“Eu acho que a rede precisa passar a existir de verdade, né?!É... sei que isso é uma necessidade de todas as categorias. (...)E ela perpassa por todas as categorias. Mas, entendo que a Nutrição esta invisível!” (N1)

“Eu acho que de todas essas pessoas aí envolvidas na saúde, na integralidade, a Nutrição é o que tem, na minha concepção, é o que tem assim: Aí...é importante, mas tem coisas mais importantes” (N2)

O ato de comer é uma das principais atividades do homem por sua necessidade e frequência (MINTZ, 2001) e o conhecimento técnico sobre o assunto é pauta do senso comum, banalizando assim a sua relevância e fazendo que o profissional nutricionista seja pouco ou não reconhecido pela sociedade por seu trabalho. CAMOSSA *et al.* (2012) reforçam essa questão ao afirmar que, culturalmente, a nutrição está ligada à cotidianidade e ao senso comum pelo seu objeto de estudo e assim seria uma profissão menos técnica e menos especializada que as demais da área da saúde. A desvalorização dessa categoria profissional fica evidente no relato a seguir:

“E eles quase nos convencem de que o nosso papel é realmente bem menor e bem menos relevante! (...) a alimentação é feita várias vezes por dia e parece que ela, antagonicamente falando, fica sendo demonstrado com muita menor importância. E isso, como é uma coisa que se faz naturalmente, às vezes fica tão reduzido que é transferido pra nossa categoria profissional e se a gente deixar é assim que a gente é tratado” (N1)

Em meio a diversas falas em que está presente a visão de uma categoria socialmente desvalorizada, há também quem pense o contrário e vislumbre mudanças neste cenário. Atualmente, sabe-se que a orientação e educação alimentar e nutricional ganha importância e está associada à melhoria do perfil epidemiológico da população, reduzindo os gastos com saúde pelo Estado, o que nos indica a necessidade de ampliar a prestação de assistência alimentar e nutricional à população (SANTOS, 2005). O trecho a seguir ilustra claramente a visão de figura central que a Nutrição ocupa na promoção à saúde:

“Eu estava até pensando nisso esses dias que, assim, a Nutrição ela acaba ficando assim...se a gente fosse desenhar, ela ficaria no centro e aí tanto mandaria flechinhas para as outras áreas como voltaria as flechinhas para Nutrição. Então acho que ela é uma figura assim central e extremamente importante. “(N3)

Portanto, empreende-se que há uma visão muito superficial da equipe de saúde, e mesmo do senso comum que a Nutrição tem um papel limitado. Entretanto a PNAN juntamente com as ações políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde procuram promover uma ampliação, tanto do olhar, quanto das ações práticas, de forma a privilegiar a inserção do nutricionista no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para promoção de práticas alimentares saudáveis e prevenção de doenças.

B - Categoria geral – Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

B.1 – Categoria específica: conhecimento sobre o PNAN

O Ministério da Saúde se compromete com a PNAN ao incentivar que os profissionais de saúde fomentem ações de promoção de alimentação saudável e a prevenção e controle dos agravos nutricionais relacionados à insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2013), podendo a PNAN ser um potente norteador do trabalho desenvolvido pelos profissionais de Nutrição Social.

De acordo com a PNAN, as ações de alimentação e nutrição atuam em diferentes níveis de atenção para “promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e reabilitação de doenças, além do compromisso com a Segurança Alimentar e Nutricional e a exigibilidade dos direitos humanos à saúde e à alimentação adequada e saudável” (SPINA *et al.*, 2018, p.119)

Em pesquisa realizada em 2006 pelo Conselho Federal de Nutrição (CFN) constatou-se que 72,1% dos nutricionistas entrevistados revelaram algum conhecimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e 27,9% tem desconhecimento absoluto desta política pública. Divergindo destes dados apresentados pelo CFN, a maior parte dos nutricionistas entrevistados (66,6%) desconhece ou tem pouco conhecimento sobre a PNAN, conforme falas abaixo:

“Eu acho que eu já ouvi falar, mas eu não...Que é o que?” (N2)

“Muito raso. É uma coisa que acabei não estudando pelo tempo mesmo e é um déficit que eu tenho como profissional mesmo agora na área da saúde.” (N7)

“Eu não me lembro, honestamente!” (N8)

“Sinceramente, na época da Faculdade, há cinco anos atrás, né, na disciplina de Saúde Pública, a gente tem que ler, né, os programas, tomar conhecimento, porém eu nunca li muito a fundo sobre o significado, enfim, a política em si.” (N5)

“(...) do PNAN eu não cheguei a ler. Tenho muito mais a vivência do que chegar simplesmente: aí eu fiz a leitura do livro da política.” (N3)

Nas falas dos entrevistados nota-se um problema significativo, que envolve, tanto a falta de interesse pelo conhecimento da PNAN, quanto um completo desconhecimento sobre o assunto. Nos casos em que houve algum contato com essa política durante a formação na graduação em Nutrição, parece ter havido pouco empenho de reconhecer a função e a importância dessas políticas, expondo o abismo que se formou entre a teoria das políticas

públicas e o que realmente acontece na prática estudada nessa pesquisa. Tal situação permite antever a importância de ações que visem promover uma mudança nesse cenário, na construção de estratégias de capacitação que permitam superar essas dificuldades.

B.2 – Categoria específica: PNAN e SUS

No exercício de sua profissão, o nutricionista no Sistema Único de Saúde desenvolve ações de alimentação e nutrição em políticas e programas institucionais, nos diferentes níveis de atenção à saúde e na vigilância sanitária (ALVES e MARTINEZ, 2016). A PNAN é o instrumento que norteia a agenda da Nutrição no Brasil e integra a Política Nacional de Saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional afim de garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Com um olhar para diversos seguimentos da Nutrição - da segurança alimentar à promoção a saúde através da alimentação e da vigilância do estado nutricional - ela é a principal política pública voltada para alimentação e nutrição.

Nos 80 anos da Nutrição é possível observar como a profissão avançou e se consolidou como uma das principais promotoras da saúde através da educação nutricional e alimentar e a PNAN é um forte aliado para alinhar os desafios propostos para a Nutrição na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e propor uma interlocução com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (GABRIEL *et al.*, 2019).

As diretrizes da PNAN auxiliam na organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS. Esta linha de cuidados específicos engloba diversas frentes relacionadas a alimentação e nutrição, como: “Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional” (ALVES e JAIME, 2014, p. 4334) .

Os nutricionistas entrevistados, que afirmaram ter conhecimento da PNAN, destacaram a pouca efetividade prática desta política pública no dia a dia do trabalho.

“Olha, eu vou ser bem honesta com vc. Quando eu fiz Nutrição, Saúde Pública parecia um detalhe do curso. (...) Eu acho assim, além de nós termos conhecimentos, o nutricionista sai da Universidade sabendo PNAN, mas ele tem uma carga de informação tão grande que a PNAN vira um detalhe” (N6)

“Eu dei umas aulas num curso técnico, foi sobre Saúde Pública e eu tinha que falar do PNAN (...) estudei a política, tal, mas não é uma coisa que eu trabalho no meu dia a dia do trabalho. Assim, no meu dia a dia do trabalho, não é uma coisa que eu consulto, que eu me sigo, que eu me baseio.” (N4)

“Eu acho que a gente não tem trabalhado muito em cima dele. Mesmo na questão da minha formação, a questão do PNAN não lembro dele também. Acho que fica muito a desejar. Só se fala da política, mas não se consegue destrinchar a função, a efetividade” (N3)

Entretanto, em um dos trechos das entrevistas, foi possível destacar a fala de um nutricionista que confirma a dificuldade de colocar em prática a PNAN na rotina do trabalho, mas que afirma ser possível fazer potentes discussões sobre o assunto no ambiente de trabalho.

“Eu acho que nós temos uma rotina de trabalho que cada vez mais nos afasta desse tipo de discussão (...), o máximo que eu tenho conseguido me aproximar disso é quando questionar a rede, por exemplo, questionar a luz dessa política que a gente sabe que existe! O que eu uso muito no dia a dia são os questionamentos, que eu acho que eu encaixaria aí, são os questionamentos a respeito do Direito Humano à Alimentação Adequada.” (N1)

Um dos profissionais entrevistados vinculou a importância do conhecimento da PNAN para o melhor planejamento das ações através dos recursos financeiros atrelados a esta política pública.

“Se um dia ele for trabalhar em um local que precise saber o que é a PNAN, provavelmente, este lugar será o serviço público até porque para você ter a PNAN tem um monte de recursos financeiros que vem e se você não entende a PNAN você não faz uso do recurso financeiro.” (N6)

Mesmo diante da perspectiva de insciência sobre a PNAN, os nutricionistas da SMS-Santos realizam diversas ações em sintonia com essa política pública, como: atividades para promoção da alimentação adequada e saudável nos diferentes ciclos da vida, prevenção e tratamento de DCNT, vigilância alimentar e nutricional, qualificação da força de trabalho com capacitação de colaboradores e matriciamento das equipes de saúde, garantia da Segurança Alimentar e Nutricional no município com participação ativa no COMSEA local, dentre outras ações.

O desconhecimento da PNAN no desenvolvimento da prática diária das atividades de nutrição e alimentação no SUS pode impactar negativamente na construção de uma rede de

cuidados integrada, resolutiva e humanizada. A visão ampliada da atuação do profissional nutricionista no SUS está em conseguir atuar além de suas atribuições específicas e dos “cálculos dietéticos” e encontrar nas políticas públicas de saúde um aliado para ampliar as intervenções nutricionais e alimentares garantindo o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) previsto na Constituição de 1988 (CFN, 2013).

C – Categoria geral – Nutrição Social

C.1 – Categoria específica: motivação inicial para atuar na área

Quando questionados sobre a motivação preliminar para atuar no SUS, a maioria apontou que não houve procura inicial pela área, evidenciando que a busca por uma oportunidade no mercado de trabalho foi o estímulo para o preenchimento da vaga oferecida.

“Eu acho que como o primeiro emprego que eu entrei, (...) acabou sendo mesmo uma busca inicialmente por mercado de trabalho, né?! Pela primeira oportunidade que aparece pela frente, como muitas acabam fazendo, né?!” (N1)

“Então, eu acho que, assim, não foi uma decisão minha, né?! Eu acho que eu prestei um concurso, eu cai na Saúde Pública. Eu fui aprendendo a gostar de Saúde Pública trabalhando, meio que sem saber o que era, né?! Então, eu não fui buscar! Eu acho que eu meio prestei um concurso, comecei a trabalhar e fui me identificando” (N4)

Os relatos dos entrevistados revelaram que o concurso público prestado acabou direcionando os profissionais para vagas existentes na Secretaria de Saúde. Houve relatos onde os profissionais prestaram concurso público acreditando que as vagas eram para área de Alimentação Escolar, demonstrando uma insatisfação inicial pelo trabalho em que foram efetivamente alocados.

“É... me colocaram aqui! Quando eu fiz o concurso! (...) Eu tinha a leve impressão de que era um concurso direcionado pra Educação, pra Alimentação Escolar, que era a área que eu já trabalhava lá e eu acreditava piamente que era isso! Quando eu cheguei aqui era pra me colocar na Saúde. (...) Não é que eu tenha alguma coisa contra, na verdade, é que, assim, eu não achei que era para o SUS.” (N2)

“Bom, na realidade, quando eu prestei o concurso pra trabalhar aqui, eu não sabia exatamente pra onde seria, né?! Porque o concurso público foi aberto para a merenda!” (N5)

A escolha da área de atuação por afinidade, aproximação, interesse, identificação traz ao trabalhador da área de saúde uma maior consciência para desenvolver suas ações com maior motivação, comprometimento e dedicação (HONÓRIO e BATISTA, 2013 apud ZIMMERMANN, 2007).

Poucas foram as falas que destacaram um interesse anterior em Saúde Coletiva e uma busca inicial por uma colocação no mercado de trabalho que contemplasse a área de saúde e o trabalho no SUS, conforme observamos nas falas de N6 e N7.

“Então, na verdade, no 3º ano de Faculdade eu tive Saúde Pública e foi quando eu decidi que pra mim o que importaria como profissional da saúde era Saúde Pública. Era a gente poder mesmo que seja pouco, de uma maneira singela contribuir para a melhora da população, carente ou não, mas que necessite do serviço público de saúde” (N6)

“O que me motivou foi cursar a Faculdade, estar dentro da área de saúde. Gosto muito da importância do nutricionista, mesmo a gente sabendo que não tem o reconhecimento que deveria ter na área. Eu acho muito importante o trabalho que a gente desenvolve na atenção, na saúde do paciente em si.” (N7)

De acordo com estudo sobre o perfil profissional dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) realizado por ALVES *et al.* (2003), uma porcentagem escassa (12,6 %) de nutricionistas escolhia a área de Saúde Coletiva para atuar. Este exíguo número de profissionais atuando em Nutrição em Saúde Pública também foi observado por BOOG *et al.* (1989), por VASCONCELOS (1991) e por GAMBARDELLA *et al.* (2000), os quais encontraram as seguintes proporções, respectivamente: 6,3%, 10,9% e 7%.

O profissional nutricionista atuante na Saúde Pública tem a pior relação entre remuneração e jornada de trabalho, o que pode impactar na decisão em trabalhar nesta área. (GAMBARDELLA *et al.*, 2000)

A baixa procura pelo trabalho em Nutrição Social e no SUS também podem ser um reflexo da formação do nutricionista. A maior parte dos cursos de graduação em Nutrição tem “sobrecarga de conteúdos voltados para as ciências biológicas, em detrimento de uma formação mais sólida em aspectos político-sociais” (ALVES e MARTINEZ, 2016). Esta afirmação pode ser confirmada pela pesquisa realizada por RECINE *et al.* (2012) em que a maior parte dos cursos de graduação em Nutrição concedeu no máximo 30,0% da carga horária total para as disciplinas de Nutrição em Saúde Pública, apontando a necessidade de aumentar o número de disciplinas que favoreçam a formação de nutricionistas voltados para o SUS.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) vêm procurando mudar este cenário ao propor que da Graduação em Nutrição de ênfase ao SUS, contemplando as necessidades sociais da saúde (BRASIL, 2001). Sendo assim, “A formação do nutricionista enquanto profissional de saúde, especialmente na área da saúde coletiva, tem que passar pelo arcabouço teórico do SUS, com a valorização da ética e da cidadania e com o conhecimento do processo saúde/doença/cuidado” (ZEMINIAN, 2018, p.46).

Nesse sentido, o que foi observado nos discursos dos participantes da presente pesquisa está em consonância, tanto com questões de formação, quando a expectativas de atuação em áreas de saúde pública, conforme observado na literatura.

C.2 – Categoria específica: motivação de permanência na área

A escolha profissional desempenha importante papel na vida dos indivíduos e ocupa papel de destaque na formação da identidade e na inserção social delas. Nesta perspectiva, a qualidade de vida das pessoas está relacionada ao bem estar que o desenvolvimento da atividade profissional proporciona num complexo equilíbrio entre as expectativas e o que pode ser concretizado neste campo, sendo importante o reconhecimento social, as relações no ambiente de trabalho, renda, motivação e apoio institucional (ABREU *et al.*, 2002).

A motivação para permanência na área profissional escolhida perpassa pela afinidade e identificação com o campo de trabalho, desafios assumidos, reconhecimento de um bom trabalho, conquista de espaços e satisfação com os resultados (HONÓRIO e BATISTA, 2015). No caso de N3 e N6, essa busca de afinidade com o serviço público pode ser observada em seus discursos:

“Eu acho que é assim por afinidade, por gostar do que eu faço, de já ter tido uma experiência, mesmo que pequena, no curso de graduação e acho que o dia a dia, a questão de auxiliar as pessoas também, a troca de experiencia também é super válido. E cada dia, por mais desafios que tenham, eu ainda não tive vontade de desistir”. (N3)

“Porque eu queria voltar pra Saúde Pública onde o paciente te reconhece. Porque se você faz um bom trabalho, ele te reconhece.” (N6)

Além desses aspectos, a fala de alguns pesquisados enfatizou um aspecto comum para uma profissão ligada as ciências da saúde: a satisfação em ajudar o próximo. Cabe destacar, a partir disso, que foi possível observar um enfoque da cultura do assistencialismo do cuidado é marcante na fala de alguns entrevistados (não todos, mas a maioria deles) trazendo o aspecto

histórico da profissão predominantemente feminina e vinculada ao trabalho do tipo caritativo e religioso.

“É muito bom lidar com pessoas; é muito bom poder atender quem precisa de ajuda, porque o SUS é direito de todos (...) É muito difícil em certos momentos, mas é muito prazeroso não pela remuneração, mas pelo prazer em ajudar o outro.” (N9)

“Eu acho que a nossa atuação direta com a população, principalmente pessoas que mais necessitam, que carecem mesmo de cuidados mais específicos, faz com que a gente seja motivado a sempre tá ajudando! Né?! Então, isso sem dúvida nenhuma, todo o meu trabalho é em prol do cuidado ao próximo! E isso é o que mais motiva a gente! Principalmente, quando a gente obtém resultados positivos.” (N5)

“Eu sou apaixonada pelo SUS. (...) Eu acho que os desafios são enormes, mas assim, a gratidão é muito amor quando você consegue desenvolver um trabalho, quando você vê resultado, quando o seu trabalho é valorizado. Eu acho que essa motivação pessoal em querer ajudar, em querer...né. Eu acho que isso me motiva cada vez mais! Que eu gosto! Eu adoro! Eu adoro! Adoro!” (N4)

A questão vocacional e do amor pela profissão também foi lembrada pelos participantes da pesquisa.

“Porque assim, eu queria trabalhar como nutricionista independente da área, né! E exatamente por essa razão me fez continuar.” (N2)

“E depois acaba sendo uma confirmação de vocação que você já sabia que você tinha, né?! Eu acho que o que nos mantém é a vocação, né?! Eu acho que é isso que eu busco hoje, né?!(N1)

A busca de gratificação financeira foi citada pelos entrevistados através da estabilidade do funcionalismo público e da garantia de renda fixa e garantida, como vemos nas falas de N8 e N6, a seguir.

“(...) a motivação, na verdade, com certeza é eu acho que é ser concursado, ser efetivo e terá garantia da remuneração. (...) Mas, tecnicamente, pro serviço, eu acho que foi algumas reponsabilidades que me deram durante o processo!” (N8)

“Então, eu fiz estágio, migrei para o serviço público e aqui eu estou, principalmente, porque eu gosto da Saúde Pública, mas porque a gente também tem a estabilidade do emprego.

Nos dias de hoje, eu acho isso muito importante no País que a gente vive. Não tem como não olhar pra estabilidade também.” (N6)

C.3 – Categoria específica: formação em Nutrição Social

O campo da Saúde Coletiva é vasto e interdisciplinar, com uma diversidade de saberes e práticas que abrangem os conhecimentos “da biologia, da epidemiologia, do planejamento e gestão nos três níveis de atenção, da educação em saúde e das matrizes do pensamento das ciências sociais para responder às necessidades de saúde dos grupos populacionais” (MEDEIROS e DIEZ-GARCIA, 2013). A Nutrição Social caminha por este mesmo espaço com um enfoque especial para as questões dos DHAA e dos problemas alimentares e nutricionais, de forma ampla na sociedade, como comenta N6, a seguir:

“Saúde Coletiva a gente só usa no SUS? Saúde Coletiva eu uso em qualquer lugar. Mas, pra você entender que você pode fazer uma Pós em Saúde Coletiva e usar, sei lá, na Santa Casa, você tem que ter um olhar muito aberto do que a Saúde Coletiva representa”. (N6)

Dada a vastidão de conhecimentos que precisam ser mobilizados e integrados, a inserção do nutricionista na área de Nutrição Social ainda é um desafio. A formação acadêmica tradicional pouco preparou os nutricionistas para a atuação em políticas públicas e em especial para o SUS. A complexidades dos casos e ações desenvolvidas neste campo de trabalho pede por uma junção do aprimoramento técnico específico clínico do nutricionista com os conhecimentos da área social e de humanas. Segundo MEDEIROS e DIEZ-GARCIA (2013), “é imprescindível superar a tradicional segmentação das áreas de Nutrição Social e Nutrição Clínica”. Quanto a esse aspecto, vemos, que N1 e N5 parecem concordar que essa separação de áreas tende a ser um problema a ser superado.

“Sinto falta também de capacitações que venham ao encontro da nossa realidade, que não é só clínica de Saúde Pública, e não é só de Saúde Pública, é clínica também! Então, algo que trate isso tudo no contexto sinérgico que é mesmo, de que é essas coisas não podem ser separadas e tratadas isoladamente, sabe?! É, senão eu separo o paciente em dois!” (N1)

“Você ter a formação específica na área clínica, a parte técnica específica do nutricionista na Saúde como um todo é fundamental. Isso a gente tem! Porém, existem outras formações, outros conhecimentos que são importantes e que a gente também precisa!” (N5)

Segundo o “Consenso sobre Habilidades e Competências do Nutricionista no Âmbito da Saúde Coletiva”, existe uma insuficiente oferta de formação especializada em Saúde

Coletiva para nutricionistas e as iniciativas de formação de profissionais ainda são tímidas na área (RECINE, 2013). Nas falas coletadas durante as entrevistas, podemos observar que a oferta de cursos e aprimoramentos nesta área da Saúde Coletiva em Alimentação e Nutrição não é tão divulgada ou procurada pelos profissionais.

“Que curso de Pós-graduação Santos oferece para o nutricionista que se forma aqui? Só Nutrição Clínica. Pode ser voltado para obesidade, pro emagrecimento, mas é só Nutrição Clínica. (...) Vamos pensar: vou abrir um curso de Saúde Coletiva, quantas pessoas vão fazer? Porque se eu vou ter trabalhar na Saúde Coletiva, eu tenho que passar num concurso.” (N6)

“É, na Graduação eu tive bastante parte teórica, como eu disse anteriormente, e um pouquinho da parte prática. O que eu senti de dificuldade assim que eu entrei pra trabalhar no SUS é como lidar com grupos. Isso eu senti muita falta! (...) A gente se sente crua. Nisso eu tive bastante dificuldade.” (N3)

“Todas as palestras eu pedi para me inserir. Eles abriram um diálogo com a COFORM. Eu falei pra COFORM me colocar em alguns cursos também. Pra dinamizar, pra buscar, fiz agora a inscrição, ganhei bolsa da Prefeitura, de Nutrição Clínica, mas eu queria alguma coisa mais específica do SUS e aí eu entro em contato com a rede pra ver se a rede tem.” (N7)

“(...) eu nunca procurei um curso assim específico. Eu sei que existe, né, o SUS oferece alguns cursos específicos em Nutrição na Atenção Primária, por exemplo.” (N4)

Uma lacuna pouco explorada na formação específica em Nutrição Social foi a diminuta atenção dada a gestão em saúde pública, o financiamento das políticas públicas e a utilização desses recursos, conforme observada por MEDEIROS e DIEZ-GARCIA (2013) e em concordância com a fala de N5 abaixo:

“Então, eu acho ...uma coisa que eu tenho sentido falta, já faz um tempo que eu penso a respeito e (...) esses pensamentos um pouco mais incisivos a respeito de fazer formação específica em gestão de saúde, gestão de saúde pública. Porque a gente lida, estando no equipamento de saúde, diretamente com questões muito burocráticas que envolvem política!” (N5)

E em muitos casos, o profissional acaba tentando preencher os hiatos da formação com a própria vivência no trabalho, conforme falas a seguir:

“É, eu não diria que assim um conhecimento específico que o profissional nutricionista não tenha ao se formar! (...) Uma coisa específica daqui, acabei de lembrar, que você realmente precisa ter é a questão do conhecimento em legislação. (...) Indiretamente, você acaba aprendendo com as pessoas que estão a sua volta, né?!”. (N2)

“Foi fazer ali. Foi dar a cara ali na hora e vamos ver o que sai.” (N3)

A importância da universidade na formação de um profissional que tenha as habilidades e competências para a atuação em Saúde Coletiva é fundamental. Conforme citado anteriormente, o maior número de universidades destinou no máximo 30% da carga horária total para as disciplinas de nutrição em saúde coletiva, sendo que a parte prática era de aproximadamente um quarto da carga horária das disciplinas de Nutrição em Saúde Coletiva (RECINE *et al.*, 2012).

“Eu formei numa universidade privada e por que eu gosto de Saúde Coletiva? Porque eu me encantei. A minha professora era muito boa, ela estimulava. (...) Professora encantadora do SUS. Eu adoro!” (N6)

O estágio curricular na área de Saúde Coletiva na graduação em Nutrição também foi citado nas entrevistas como um potente transformador da atual realidade da formação dos profissionais, proporcionando aprendizado e reflexão sobre o contexto de trabalho no SUS. Integrar conhecimentos, abordagens e conteúdos se faz urgente para atender a demanda de habilidades necessárias para uma atuação mais eficiente no SUS.

“Eu acho que seria importante valorizar um pouco mais e capacitar um pouco mais desde o estagiário, do aluno que está lá na graduação, para conhecer um pouco melhor. Porque quem está de fora, na universidade, não sabe o que é trabalhar num local público, no SUS. (...) Porque local de trabalho público, seja ambulatório, hospital, é local extremo. É um aprendizado muito grande. (...) Trabalhar em consultório ou trabalhar em outro local não é tão difícil quanto você trabalhar em um local público.” (N9)

Sendo assim, vemos nas falas e comentários dessa categoria que há uma demanda importante de formação na área e, mais uma vez, justifica a importância de ações que contemplem a formação contínua dos profissionais desse contexto.

D - Categoria geral – Trabalho em rede

D.1 – Categoria específica: relação número nutricionistas e o trabalho em rede

Em 2005, o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) publica Resolução nº 380/2005 que norteava a atuação do nutricionista e suas atribuições, e estabelecia os parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dava outras providências. Esta resolução foi recentemente substituída pela de nº 600/2018 visando garantir a atuação do nutricionista e indicar parâmetros numéricos para melhor efetividade do trabalho prestado pelo profissional nutricionista para a sociedade. Na Resolução CFN nº600/2018 houve modificação dos parâmetros numéricos mínimos e as áreas de atuação foram condensadas em cinco áreas de atuação, onde a Saúde Coletiva se fortalece como importante espaço de trabalho. (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2005; CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018)

A cidade de Santos apresenta diversas áreas de vulnerabilidade onde observa-se um processo desigual de urbanização, desemprego e violência, produzindo o aumento da insegurança alimentar e nutricional. A relação encontrada de nutricionistas na SMS-Santos por habitante é de 1:28.000, sendo que estes profissionais estão locados em diversos equipamentos e em diferentes níveis de assistência. A inserção deste profissional na Secretaria de Saúde ocorre da seguinte maneira: atenção básica (03), atenção especializada (04), atenção hospitalar (02), no atendimento domiciliar (02), na Vigilância Sanitária (01), Saúde do Trabalhador (01) e no abastecimento e na produção de refeições (02).

De acordo com a fala de N1, o número de nutricionistas atuantes na SMS-Santos está abaixo do preconizado pelo CFN.

“Se a gente for comparar com CFN 380, tem a 600 agora, pra gente analisar isso, mas é muito abaixo do que seria recomendado” (N1).

No que tange o quantitativo de nutricionistas definido pelos parâmetros numéricos mínimos de referência, pela Resolução nº 600/2018 do CFN, a SMS-Santos apresenta um quadro insuficiente de nutricionistas, pois alguns setores não contam com a presença deste profissional nutricionista e, mesmo quando inseridos, estão abaixo do preconizado pelo CFN. Esta inadequação se reflete no cumprimento das atribuições dos nutricionistas que hoje encontram-se sobrecarregados de funções e atividades, o que pode levar a baixa efetividade das ações realizadas.

Embora toda resolução tenha um poder de regulamentar ações no campo das políticas públicas, na prática, observa-se a necessidade de que as mesmas possam “sair do papel” e conquistar espaço através do trabalho desenvolvido pelos profissionais em atividade. BOOG

(2008 , p.37) já apontava que a Resolução CFN 380/2005 (que foi substituída pela resolução CFN 600/2018) se constitui de um “ ato normativo, porém é preciso considerar que o processo de institucionalização depende da criação de uma nova realidade de atuação, que, no campo da Saúde Pública, ainda precisa ser construída na grande maioria dos Municípios brasileiros”.

Segundo RICARDI e SOUSA (2015), a baixa inserção do nutricionista nos serviços de saúde prejudica a efetividade das ações de alimentação e nutrição fazendo com que esses profissionais tenham como desafio a atenção a uma população numerosa. Em recente publicação de estudo realizado no município de Santos-SP foi encontrado que 60% dos gestores da Atenção Básica (AB) da SMS-Santos acreditam que a inserção do nutricionista é insuficiente, interferindo negativamente na atenção nutricional (LAPORTE-PINFILDI *et al.*, 2016), sendo que os entrevistados que participaram desta pesquisa pontuaram que a inserção do nutricionista na SMS-Santos é insuficiente.

“Pensando na SMS, nós somos em muito poucos. Não dá pra dizer que estão muito concentrados em um lugar e menos em outros. Eu acho que o déficit é geral.” (N3)

“Eu sempre ouço falar que tem pouco. Eu sempre acho que tem pouco. Aí eu descobro que tem um ali, um outro lá. (risos). Mas, eu acho que tem muito pouco!” (N2)

“Então, por exemplo, o número de profissionais pra atender estes pacientes, eu acredito, pelo menos aqui, na minha realidade, é pequeno!” (N5)

“Bem, eu posso ter a opinião da minha vivência mínima (...) que é insuficiente pra demanda” (N7)

“Eu conheço essa rede, trabalhei com alguns desses profissionais em algum momento e eu acho que essa distribuição é muito aleatória, ela é mal planejada ou talvez não tenha sido planejada! Ela foi se formando meio que naturalmente e não através de um planejamento formal, que seria interessante, inclusive com o posicionamento do grupo.” (N1)

Também foi encontrado resultado semelhante na pesquisa realizada por SPINA *et al.* (2018) com nutricionistas da Atenção Primária de Saúde (APS) no município de Santos – SP no qual os dados apontaram que a inserção do nutricionista na APS do município de Santos é considerada insuficiente para atender à população nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). A questão do insuficiente número de nutricionistas na Atenção Básica também está presente na fala de N6, conforme trecho abaixo destacado:

“Estamos falando da saúde, se a gente for fazer uma análise da PMS, eu continuo dizendo que a quantidade de nutricionistas no serviço público de Santos, no geral, é muito pequena, perto de outros profissionais que a gente tem, que também tem tanto valor quanto a gente tem. Então, pra mim, a adequação não está correta. A começar pela atenção básica que é a porta de entrada da SMS.” (N6)

As falas acima permitem observar que todos os citados referem que há um número insuficiente de profissionais da área de Nutrição nos serviços. Além dessa constatação objetiva, cabe realizar uma reflexão sobre os motivos e os interesses desse atual cenário: a quem interessa que o número de profissionais seja tão escasso? Quais interesses estão engajados nessa impossibilidade de articulação nos serviços? Sendo assim, o que as falas também deixam antever é que não parece haver uma ação propositiva por parte desse grupo de profissionais, na medida em que os mesmos possam apontar o sentido e a importância de seu trabalho, buscar a visibilidade de suas ações e propor ações que de fato sejam valorizadas pelas equipes de saúde. Quanto a isso, a formação continuada, o encontro dos profissionais e os processos de reflexão podem ajudar a constituir um espaço de construção de uma nova forma de atuação, saindo de uma postura passiva e assumindo uma responsabilização quanto ao cuidado integral em saúde. Tais espaços tendem a ser inexistentes ou pouco aproveitados, o que denota uma necessidade de engajamento político (não político partidário!) que permita com que os sujeitos envolvidos sejam, de fato, protagonistas de seu fazer profissional.

D.2 – Categoria específica: conhecimento sobre o trabalho de profissionais da área nos diferentes serviços.

Em pesquisa sobre processos de cuidado de saúde em rede realizada no município de Santos por MAXIMINO *et al.* (2017) constatou-se que as equipes de saúde da Atenção Básica desconhecem “os atendimentos e o fluxo dos serviços especializados, que não há reuniões entre chefias da atenção básica e os gestores dos outros níveis de atenção, nem entre equipes de diversos serviços que estão em um mesmo território e atendem a mesma população” (p.439). Este desconhecimento das práticas e fluxos, bem como a baixa comunicabilidade entre os profissionais da mesma área que atuam em diferentes setores também é frequente na fala de alguns dos entrevistados, como vemos a seguir:

“Pouco sei do trabalho de cada nutricionista dentro da SMS e como eu falei cada um vive no seu espaço de trabalho, cada um faz as suas atividades, com pouquíssimo contato um com o outro e quando acontece essa troca, esse contato é por livre e espontânea necessidade, onde cada profissional fala com outro profissional, seja pra trocar informação de algum

paciente, seja pra uma reunião, seja para alguma demanda de nossa chefia, mas não há essa interação no dia a dia.” (N9)

“Infelizmente, não conheço! Porque eu nunca tive a oportunidade de conversar diretamente com os colegas a respeito das nossas atividades!” (N5)

“Na minha concepção dos quatro anos trabalhando aqui como nutricionista na Secretaria, eu acho que é mais ou menos isso: é tudo muito...cada bloco no seu quadrado! Não há uma sincronia. Entendeu?! Infelizmente!” (N2)

“Onde eles estão sim, o que eu eles fazem mais ou menos (risos)” (N4)

“De toda rede não. Eu tenho buscado estreitar os laços com algumas redes que sim são do mesmo departamento pra tentar ampliar esse diálogo e essa conversa. Mesmo assim, a gente sabe que por causa da agenda é um pouco difícil comunicar e entender melhor. Mas não, não tenho conhecimento de todos.” (N7)

“Alguns eu sei um pouco mais em detalhes, outros eu não sei tanto.” (N1)

As falas acima explicitam que, embora existam poucos profissionais da área de Nutrição no contexto estudado, conforme os próprios entrevistados explicitaram, não há um conhecimento adequado sobre o que esses profissionais fazem de fato, onde estão e como acessá-los. Mais uma vez, essas falas nos fazem refletir o quanto o trabalho intraprofissional nesse contexto de “isolamento” fica prejudicado e, por outro lado, a quem interessaria que esses profissionais continuem a desenvolver trabalhos desarticulados, sem poder contar com um trabalho que seja, de fato, em rede.

Outro aspecto abordado pelos participantes foi sobre a utilização da rede formal para construção do cuidado em saúde. ERDMANN *et al.* (2013) afirmam que, dentre as limitações do trabalho em rede, podemos encontrar a falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência, a não implementação de linhas de cuidado e a desarticulação das políticas que normatizam o cuidado.

“Eu acho que os setores, formalmente, precisavam conversar mais, né?! (...) Alguém, mesmo que representando o grupo, que não sejam todos, deveria estar fazendo essa ponte. É, ela é fundamental pra não haver retrabalho, ela é fundamental pra continuidade dos atendimentos.” (N1)

As redes formais e informais costumam coexistir nos setores e serviços, mas a inexistência ou a precariedade da comunicação entre os profissionais nos diferentes níveis de atenção pode ter como consequência a fragmentação do cuidado. Devido ao pequeno número de nutricionistas atuantes na rede pública de saúde de Santos, o trabalho acaba sendo desenvolvido isoladamente pelos profissionais nos setores onde estão lotados. A maioria dos entrevistados é responsável técnico (RT) no setor onde atua e não conta com outro nutricionista no quadro técnico (QT). Esse isolamento profissional gera dificuldades para efetivar ações integradas de alimentação e nutrição no município, como explicita a fala de N1, a seguir.

“Eu tive mais contato (...) quando eu trabalhei na produção, né?! Porque a lotação desses profissionais era centralizada. Apesar do trabalho ser descentralizado, porque cada um ia trabalhar em uma unidade. Mas, nós tínhamos uma interlocutora única, né?! Uma chefia única e conversavam assim... alguma unidade tivesse com algo a menos, de repente, na rede, como que outro profissional ou outro setor poderia fazer a mais né?! E hoje essa interlocução, ela acaba sendo no tête-à-tête, vamos dizer, entre um profissional e outro. Quando você encontra o outro profissional, acessa! (...) Não existe uma rede de comunicação e isso enfraqueceu extremamente, quando passamos a ser descentralizados!” (N1)

É possível perceber que a desarticulação destes profissionais propicia a fragmentação do cuidado, fragilizando a atenção nutricional. O contexto de trabalho onde estão inseridos não propicia as trocas de experiências fazendo com estes profissionais nutricionistas não participem de maneira efetiva na construção de uma rede de cuidado em alimentação e nutrição. A necessidade da criação de um espaço de reflexão sobre os processos de trabalho do nutricionista foi citada nas entrevistas, conforme falas abaixo.

“Eu acho assim, deveria existir uma rede maior, né, com reuniões mesmo pra gente, né, estabelecer fluxo, pra gente tirar as dúvidas. Porque eu acho que cada um tá ali no seu quadrado e quando a gente abre, a gente aprende muito.” (N4)

“Eu penso na questão da supervisão para nós. Eu sinto muita falta de educação continuada, de algum tipo de auxílio para nós discutirmos os casos, (...), um momento para a gente compartilhar.” (N3)

Em suma, a fragmentação do cuidado, no que concerne a atividade intraprofissional do nutricionista, parece influenciar negativamente na efetivação de ações em alimentação e nutrição no município de Santos e, nesse sentido, a criação de um espaço de formação pode ser um potente instrumento para aprimorar a atuação do nutricionista na SMS- Santos.

6 – CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como proposta conhecer as concepções e práticas dos nutricionistas da SMS-Santos sobre integralidade no cuidado em saúde e, como típico de pesquisas qualitativas, procurou dar voz aos sujeitos e explicitar suas vivências e pontos de vista. Os dados obtidos nos permitiram identificar características, dificuldades e demandas sobre o trabalho desses profissionais que atuam nos serviços de saúde do município de Santos-SP.

De forma geral, foi possível observar que há um número reduzido de profissionais na rede da região e, além disso, os entrevistados referiram que atuam isoladamente em seus setores, sem contar com outro nutricionista quadro técnico. Tal situação tem por consequências, segundo os discursos dos participantes, que no cotidiano do trabalho do nutricionista há o desafio de atender a uma grande quantidade de atribuições com pequeno número de profissionais. Quanto ao isolamento profissional, associado ao número insuficiente de profissionais da Nutrição, observou-se um grave problema de distanciamento e falta de comunicação com outros nutricionistas da rede, o que leva à impossibilidade de trocas de experiências para o aprimoramento das ações de cuidado, especialmente no cuidado em rede – e uma queda na qualidade das ações de promoção de alimentação e nutrição no município segundo os princípios preconizados pela PNAN.

Esta situação se agrava com a excessiva formalidade do sistema de referência e contra referência que resulta em poucas oportunidades de interação e troca de experiências entre os nutricionistas da rede municipal de saúde. Para além do restrito número de profissionais, cabe questionar a dificuldade dos nutricionistas da SMS para articular ações de alimentação e nutrição, dificultando a resolutividade dos problemas de atenção nutricional e acarretando na perda da qualidade da atenção prestada ao usuário. Observa-se, portanto, tanto demandas intraprofissionais, quanto demandas de ordem interprofissionais, que precisam ser identificadas, descritas e devidamente sanadas, visando a construção de um trabalho que atenda a PNAN em sua integralidade.

Os nutricionistas, no geral, relataram que sua formação durante a graduação em Nutrição não os preparou adequadamente para a atuação alinhada as políticas públicas atuais, uma vez que a grade curricular tem predominância de temáticas voltadas para área clínica e que abordam pouco as questões referentes ao trabalho no SUS e na Saúde Pública, em especial a

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Observou-se que os nutricionistas da SMS-Santos investiram em sua qualificação profissional, por meio da realização de cursos de pós-graduação. Entretanto, esta formação acadêmica, em sua maioria especialização na área clínica, não parece ter suprido as deficiências em atuar com as políticas públicas específicas da área de alimentação e nutrição no SUS.

Outro ponto a ser destacado foi a contundência e o sofrimento implícito em algumas falas dos participantes da pesquisa, revelando que há uma invisibilidade da categoria e baixa valorização do profissional nutricionista nos serviços de saúde em que atuam. Embora tal situação seja observada em relação a outras categorias no campo da saúde, a queixa da desvalorização profissional do Nutricionista é antiga e abrange diversas áreas de atuação do nutricionista em diversos níveis de complexidade. Por outro lado, é preciso que os próprios profissionais da Nutrição reconheçam a complexidade de seu escopo de trabalho e não se limitem a responder de forma limitada, algo que, muitas vezes, as equipes de saúde lhes designam, indo além e propondo ações e reflexões, tanto do fazer, quanto do pensar a Nutrição nos vários espaços de saúde.

Diante desses relatos resta o desafio de qualificar ações de nutrição e alimentação em consonância com a proposta da integralidade do cuidado, o que reforça a ideia de utilizar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia formação contínua, reflexão e de apoio para profissionais nutricionistas, como agentes fundamentais nas ações de cuidado em saúde.

A escolha da EPS como instrumento de transformação dos processos de trabalho fundamenta em rever a proposta pedagógica de transmissão vertical de conhecimentos e posicionar os participantes como atores do processo de aprendizagem.

Como limitação desse estudo, vale ressaltar que não há a proposta de inferir que o contexto apresentado reflita toda e qualquer experiência desse tipo de profissionais no sistema público brasileiro. Como tal, procurou-se explicitar as demandas e experiências dos sujeitos de forma a construir um cenário capaz de produzir informações heurísticas que viabilizem a construção de propostas de intervenção futura, nos moldes do que propõe um Mestrado Profissional quando da construção de um produto técnico (Anexo V) que poderá contribuir para a superação das dificuldades observadas e explicitação de potenciais que tornem a realidade do atendimento público uma ação voltada, de fato, para o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- Abreu KL, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*. 2002; 22(2), 22-29.
- Aguiar CB, Costa NMSC. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Nutr.* 2015; 28(2): 207-216.
- Alves CGL, Martinez MR. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*. 2016; 20(56): 156-169.
- Alves E, Rossi CE, Vasconcelos FAG. Nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. *Rev Nutr.* 2003; 16(3): 295-304.
- Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(11): 4331 – 4340.
- Arruda B KG, Arruda I K G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007; 7(3): 319-326.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(2): 11-23.
- Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Caderno Saúde Pública*. 2011; 27(2): 295-304.
- Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(3):381-386.
- Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Boog MCF, Rodrigues KRM, Silva SMF. Situação profissional dos nutricionistas egressos da PUCCAMP I. Áreas de atuação, estabilidade, abandono da profissão, desemprego. *Rev Nutr.* 1998; 11(2): 139-152.
- Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. 2008; 1(1): 33-42.
- Borelli M, Domene SMA, Mais LA, Pavan J, Taddei JAAC. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015; 20 (9): 2765-2777.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 11 jun.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução No.380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por áreas de atuação e dá outras providências. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Cadernos de Atenção Básica, nº35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Cadernos de Atenção Básica, nº39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Conselho Federal de Nutricionistas. Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil. Brasília, 2017.

Brasil. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução No.600/2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília, 2018.

Brito JC. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(5): 1612-1614.

Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. Rev Nutr. 2012; 25(1): 89-106.

Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(2):297-308.

Castro MRP, Martins AMTM, Araújo GS, Lima MBMP, Arantes RR, Recine, EGIG. Educação permanente em alimentação e nutrição: a contribuição de redes colaborativas. Revista de Educação à Distância Em Rede. 2017; 4(1): 191-202. Disponível em: <http://aunirede.org.br/revista/index.php/emrede/article/view/179/176>

Ceccim RB, Ferla AA. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab Educ Saúde. 2008; 6(3): 443-456.

- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(5):1400-1410.
- Conselho Federal de Nutricionistas. O nutricionista e as políticas públicas: Contribuições do Conselho Federal de Nutricionistas para a discussão sobre a atuação do nutricionista e políticas públicas. *RASBRAN – Revista da Associação Brasileira de Nutrição*. 2013; 5(1), 86-88.
- Costa AM. Integralidade na tenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 5-15.
- Coutinho JG, Gentil PC, Toral, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Caderno Saúde Pública*. 2008; 24(2): S332-S340.
- Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1): 7-14.
- Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018; 27(1):e00100018.
- Duarte, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em revista*. 2004; (24): 213-225.
- Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago, LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(spec): 8 telas.
- Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Caderno Saúde Pública*. 2007; 23(7):1674-1681.
- Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins, JJN, Rego S organizador. *Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação*. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011.
- Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano I FV. Apoio matricial na açõse de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2017; 27(3): 793-811.
- Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Esc Enferma USP*. 2011; 45(5): 1135-1141.
- Furtado, JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cad. Bras. Saúde Mental*. 2009; 1(1): 1-11. (CD-ROM)
- Gabriel CG, Oliveira JTC, Silva BL, Fagundes AA, Silva TC, Soar C. Nutritionist's job Market: 80 year of history. *Rev. Nutr*. 2019; 32:e180162.
- Gambardella AMD, Ferreira CF, Frutuoso MFP. Situação profissional de egressos de um curso de Nutrição. *Rev Nutr*. 2000; 13(1): 37-40.
- Honório ARF, Batista SH. Percepções e demandas de nutricionistas da alimentação escolar sobre sua formação. *Trab. Educ. Saúde*. 2015; 13(2): 473 -492.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. IBGE Cidades – Santos (Internet). Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html>

- Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(8): 01-13.
- Kuschnir, R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2307-2316.
- Laporte-Pinfildi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, Medeiros MAT. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Nutr*. 2016; 29(1): 109-123.
- Lima FAC, Medeiros JT, Franco TB, Jorge MSB. Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 22 (jun).
- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2010; 14(34): 593- 606.
- Martins MCA. A Alimentação humana e a Enfermagem: em busca de uma dietética compreensiva. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011; 3(4): 143-149.
- Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde Soc São Paulo*. 2017; 26(2), 435 – 447.
- Medeiros MAT, Diez-Garcia RW. Desafios para capacitação no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: notas preliminares. *Demetra*. 2013; 8(1): 349-354.
- Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(5): 2549-2558.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2297-2305.
- Mendonça MA, Souza RC, Torres SAM, Monteiro RCB, Costa GD. A importância da atuação do nutricionista no SUS e PSF. *Anais IV SIMPAC*. 2012; 4(1): 11-16.
- Minayo, MCS organizador, Deslandes F, Neto OC, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos serviços de saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3): 649-656.
- Moreira SPL, Galvão NRL, Fortes RC, Zaban ALRS (2010). Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. *Com. Ciências Saúde*, 2010; 21(4), 309-318.
- Neves JA, Zangirolani LTO, Medeiros MAT. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. *Rev Nutr*. 2017; 30(4): 511-524.
- Oliveira LA, Cecilio LCO, Andreazza R., Araújo EC. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde em Debate*. 2016; 40(109): 08-21.
- Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev. Bras. Enferm*. 2005;58(6): 723-726.

Pinheiro ARO, Recine E, Alencar B, Fagundes AA, Sousa JS, Monteiro RA, Toral N. Percepção de professores e estudante em relação ao perfil de formação de nutricionista em saúde pública. *Revista de Nutrição*. 2012; 25(5): 632-643.

Piovesan A. Medicina Privada e Saúde Pública estariam convergindo? *Rev Saúde Pública*. 1967; 01(2): 193-200.

Prefeitura Municipal de Santos. Quadro Funcionários. 2017. Disponível em: <http://folha.santos.sp.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=TRANSPARENCIA%20-%20SERVIDORES.qvw&anonymous=true&sheet=QUADRO>

Recine E, Gomes RCF, Fagundes AA, Pinheiro ARO, Teixeira BA, Sousa JS, Toral N, Monteiro RA. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. *Rev Nutr*. 2012; 25(1): 21-33.

Recine E. Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição, 2013: 64.

Ricardi LM, Sousa MF. Educação permanente em alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1): 209-218.

Rigon AS, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(3): 01-10.

Saar SRC, Trevisan MA. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2007; 15(1).

Santos AC. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores de saúde. *Fam. Saúde Desenvol*. 2005; 7(3): 257-265.

Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 1729 – 1736.

Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006; 59(4): 488-491.

Spina N, Martins PA, Vedovato GM, Laporte ASC, Zangirolani LTO, Medeiros MAT. Nutricionistas na atenção primária no município de Santos: atuação e gestão da atenção nutricional. *Demetra*. 2018; 13(1): 117-134.

Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Cesar CLG. Acesso e o uso de serviços de saúde pela população brasileira. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51 (supl 1): 3s.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-514.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2011.

Vasconcelos FAG. Um perfil do nutricionista em Florianópolis – Santa Catarina. Rev Ciência Saúde. 1991; 10(1/2): 73-86.

Vasconcelos, FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. Rev Nutr, Campinas. 2002; 15 (2): 127-138.

Vasconcelos FAG, Machado ML, Medeiros MAT, Neves JA, Recine E, Pasquim EM. Public policies of food and nutrition in Brazil: from Lula to Temer. Rev. Nutr. 2019; 32:e180161.

Zeminian LB. A formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica na perspectiva de docente. Dissertação (Mestrado em Gestão Clínica) – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2018.

Zimmermann A. A escolha profissional na área da Saúde: a opção pela Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE

I- Dados de Identificação dos Participantes da Pesquisa

Nome: _____
Documento de Identidade: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: _____
Endereço: _____
Nº _____ Complemento _____
Bairro: _____
Cidade: _____ Cep: _____
Telefone 1 () _____ Telefone 2 () _____

II- Dados sobre a Pesquisa

1. Título da Pesquisa: O LUGAR DO NUTRICIONISTA NA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE E OS DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE
2. Pesquisadores: Vivian Lemos Lopes De Cicco e Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann
3. Instituição onde se realiza a pesquisa: Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. UNIFESP-BS e na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos.
4. Avaliação do Risco da Pesquisa: risco mínimo, devido às perguntas que, de maneira não intencional, podem constranger o participante da pesquisa. Tal risco pode e deve ser gerenciado pelo pesquisador.
5. Duração da Pesquisa: Aproximadamente 1 ano.

III- Registro das explicações do Pesquisador ao entrevistado sobre a pesquisa

Estamos lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como título “O LUGAR DO NUTRICIONISTA NA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE E OS DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE”. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as concepções e práticas dos profissionais nutricionistas sobre integralidade em saúde, levando em conta as demandas e desafios do cuidado em rede. Para isso, realizaremos uma entrevista – com o tempo de aproximadamente 50 minutos - na qual faremos algumas perguntas e

gostaríamos de pedir que você responda da maneira mais sincera possível. As informações que você fornecer não serão associadas ao seu nome, portanto não haverá possibilidade de que você venha a ser identificado. Suas respostas, junto com a dos outros participantes do estudo, poderão ajudar profissionais da saúde a desempenhar melhor suas funções. Você poderá encerrar sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto incorra em qualquer penalidade ou prejuízo, não sendo necessário dar qualquer justificativa. A entrevista será gravada com seu consentimento e a gravação será usada apenas como suporte para registro das informações, sendo usada apenas para os propósitos dessa pesquisa e será destruída após o término da mesma. Se estiver de acordo com essas condições, por favor, assine este termo de consentimento e receberá uma via do mesmo.

IV- Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias dos participantes da pesquisa

1. Acesso, a qualquer tempo, às demais informações que julgar necessárias;
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ou penalidades;
3. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados coletados somente para os propósitos dessa pesquisa;
4. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V- Informações de Nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa para contato em caso de quaisquer esclarecimentos:

Pesquisador Executante: Vivian Lemos Lopes De Cicco.

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann.

Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. UNIFESP- BS. Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde. Curso de Psicologia - Psicologia Hospitalar e Psicossomática. Edifício Central - Rua Silva Jardim, 136 - Santos/SP - CEP: 11015-020 – Telefone: +55 (13) 3878-3810 ou +55 (13) 3878-3809

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050. O e-mail é: CEP@unifesp.edu.br. Os telefones continuam os mesmos (011-5571-1062; 011-5539-7162) São Paulo - tel: 55 (11) 5571-1062 / fax: 55 (11) 5539-7162. Horário de atendimento: das 9:00 as 13:00 hs.

VI- Consentimento Livre e Esclarecido:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu conversei com _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de reembolsos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Declaro ainda

que estou ciente de que posso retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização da pesquisa, sem penalidades ou prejuízo de qualquer espécie.

Santos, _____ de _____ de 20__.

Nome por extenso:

Assinatura do participante:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador que obteve o TCLE

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador responsável

ANEXO II - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO ENTREVISTADO

A- Dados Pessoais e de Formação

Nome:

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil:

Renda pessoal e familiar:

Número de pessoas na família:

Filhos (sexo e idades):

Tempo de formado em Nutrição:

Graduação Nutrição em universidade: () pública () privada

Você possui especialização? () Não () Sim. Qual (ais)?

Você possui Mestrado? () Não () Sim Qual área de concentração? Qual instituição?

Você possui Doutorado? () Não () Sim Qual área de concentração? Qual instituição?

Outra área de graduação: () Não () Sim Qual? Qual instituição? Há quanto tempo?

B- Dados Funcionais

Local de trabalho (setor/seção):

Tempo de trabalho no SUS:

Tempo de trabalho no equipamento de saúde atual:

Carga horária semanal de trabalho:

Número de pessoas sob sua chefia:

Participação atual em projetos de pesquisa:

Participação atual em processos de formação continuada:

PARTE II - ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA

1. Como você conceituaria a integralidade na atenção à saúde? De que forma ela pode ser efetiva nos diferentes níveis de atenção em saúde?
2. Você acredita que a Nutrição está presente no discurso da integralidade na atenção à saúde feito pelos outros profissionais atuantes no SUS? Como a Nutrição é vista /compreendida por esses profissionais?
3. Qual o seu conhecimento sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)? Como você avalia o conhecimento de seus colegas (nutricionistas ou não) sobre a PNAN?
4. Quais dificuldades que você encontra para realizar ações de alimentação e nutrição em sintonia com os princípios do SUS e da PNAN?
5. Qual o motivo da sua decisão em atuar como nutricionista na saúde pública? O que te motiva a permanecer na área de Nutrição Social?
6. Você participa ou participou de algum projeto de pesquisa envolvendo diretamente o seu trabalho como nutricionista no seu setor de trabalho?
7. Há algum tipo de formação continuada na sua área ou em áreas afins? Qual (is)?
8. Em sua opinião, há algum conhecimento ou formação necessária para a sua formação? Qual (is)? Onde se obteria isso?
9. Como você avalia a inserção do nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos-SP? (número de profissionais, distribuição na rede de atenção, formação profissional, etc)
10. Considerando o trabalho em rede, em sua opinião, que aspectos você destacaria? (importância, dificuldades, necessidades, desafios, propostas, etc)
11. Como é o contato e o trabalho com outros profissionais de Nutrição da SMS? Que tipo de trocas e em que espaços isso ocorre? O que você conhece sobre o trabalho de seus pares?
12. Gostaria de comentar alguma coisa que não foi abordada nessa entrevista? (investigar sugestões e críticas).

ANEXO III – PARECER FINAL CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO CEP-UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O LUGAR DO NUTRICIONISTA NA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE E OS DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE

Pesquisador: Vivian Lemos Lopes De Cicco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81167317.4.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.480.781

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1539/2017 A implementação de ações e estratégias de prevenção e promoção da saúde é considerada prioritária na agenda do SUS. O tema Alimentação e Nutrição ganha importância devido ao seu papel essencial na promoção à saúde e o nutricionista é o profissional que visa garantir o Direito Humano à Alimentação

Adequada.

Objetivo: Conhecer as concepções e práticas dos profissionais nutricionistas sobre integralidade em saúde, levando em conta as demandas e desafios do cuidado em rede. Método: Será realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro temático de questões, com profissionais nutricionistas da

Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos, SP. As entrevistas serão transcritas e categorizadas pela técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática de Bardin (1977).

Os Aspectos Éticos serão preservados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinarão um TCLE no qual serão esclarecidos do teor da pesquisa e receberão uma via do mesmo. O projeto será encaminhado para ciência e aprovação no setor responsável da Prefeitura de Santos (COFORM) e para o Comitê de Ética da UNIFESP. Espera-se que o fortalecimento das ações intra e intersetoriais desse profissional, através da educação permanente em saúde, seja relevante para traçar estratégias em alimentação e nutrição com vistas às necessidades da

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br

população

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário: - Conhecer as concepções e práticas dos profissionais nutricionistas sobre integralidade em saúde, levando em conta as demandas e desafios do cuidado em rede.
- Objetivo Secundário: - Identificar o perfil sociodemográfico e profissional dos nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos-SP
- Investigar as concepções teórico-práticas de profissionais nutricionistas quanto ao preceito da integralidade do SUS, bem como identificar fatores facilitadores e complicadores do processo de construção de um plano de cuidados em atenção nutricional e alimentar, considerando um trabalho em rede.
- A partir dos dados da pesquisa propor uma ação educativa junto aos profissionais de nutrição do município de Santos ? SP, com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho e, além disso, permitir a construção de práticas assistenciais que contemplem as necessidades singulares dos usuários do serviço, na perspectiva do cuidado integral em rede.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

- Riscos: risco mínimo, devido às perguntas que, de maneira não intencional, poderem constranger o participante da pesquisa. Tal risco pode e deve ser manejado pelo pesquisador.
- Benefícios: As respostas do participante, junto com a dos outros participantes do estudo, poderão ajudar profissionais da saúde a desempenhar melhor suas funções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de VIVIAN LEMOS LOPES DE CICCIO. Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann. Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde e ao Departamento de gestão e Cuidados em Saúde, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

TIPO DE ESTUDO: A pesquisa será qualitativa.

LOCAL: A pesquisa será realizada nos equipamentos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santos -SP que possuam nutricionista em sua equipe.

PARTICIPANTES: Os participantes desta pesquisa serão profissionais da área de Nutrição do Município de Santos-SP. Nutricionistas (n=15). -- Os participantes serão selecionados a partir de um levantamento nos equipamentos de saúde, identificando quais setores têm em seu quadro de funcionários o profissional nutricionista

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55			
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.020-050	
UF: SP	Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br	

Continuação do Parecer: 2.480.781

-Critérios de inclusão: profissionais efetivos da área de Nutrição do Município de Santos, que estejam vinculados e atuando diretamente na área e que consentirem voluntariamente em participar desta pesquisa.
-Critérios de exclusão: profissionais que não estejam atuando diretamente na área de Nutrição, sem vínculo empregatício e que não consentirem formalmente em participar do estudo, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE Anexo I).

PROCEDIMENTOS: - Instrumentos: Serão realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com cada participante, a partir de um roteiro temático de questões previamente elaboradas (Anexo II). O objetivo desse instrumento é propiciar situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a provocar um discurso mais ou menos livre, mas que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto investigado e academicamente relevante. O tempo estimado para cada entrevista será de aproximadamente 50 minutos e a entrevista poderá se estender por mais de um encontro, caso seja considerado necessário pelos pesquisadores e o participante concorde. - Os participantes serão convidados a participar da pesquisa, em horários combinados entre o pesquisador, o participante e o equipamento de saúde. O participante será convidado a se dirigir a uma sala reservada, onde acontecerá a entrevista individual. O pesquisador explicará o teor da pesquisa e os consentirem formalmente em participar do estudo, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE Anexo I).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente. 2-TCLE a ser aplicado aos participantes
3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil: a)- autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (Pasta: outros- Submissão 1; Documento: declaracao_ciencia_instituicao.pdf) b)- roteiros da entrevista/questionário (Pasta: outros- Submissão 1; Documento: anexo_II_roteiro_tematico.pdf)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação: Quando se referir ao profissional da área de Nutrição, dizer apenas, nutricionista uma vez que é este o profissional de objeto do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que, a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55			
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.020-050	
UF: SP	Município: SÃO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br	

Continuação do Parecer: 2.480.781

(anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Parecer revisado pelo coordenador. Acessar parecer

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1050743.pdf	14/12/2017 08:17:22		Aceito
Outros	formulario_CEPassinado.pdf	14/12/2017 08:15:57	Vivian Lemos Lopes De Cicco	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Plataforma_Brasil_assinada.pdf	14/12/2017 08:15:34	Vivian Lemos Lopes De Cicco	Aceito
Outros	declaracao_ciencia_instituicao.pdf	08/12/2017 08:28:45	Vivian Lemos Lopes De Cicco	Aceito
Outros	anexo_II_roteiro_tematico.pdf	08/12/2017 08:28:26	Vivian Lemos Lopes De Cicco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/12/2017 08:28:10	Vivian Lemos Lopes De Cicco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Vivian_DeCicco.pdf	08/12/2017 08:27:59	Vivian Lemos Lopes De Cicco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 31 de Janeiro de 2018

**Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)**

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br

ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA COFORM-SMS

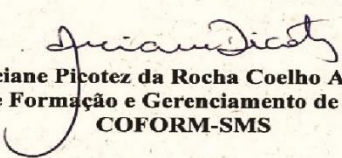


SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS

Santos, 27 de novembro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenaria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos, concorda que a pesquisadora Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann, responsável pela aluna *Vivian Lemos Lopes de Cicco*, realize a pesquisa **O lugar do nutricionista na rede de cuidado em saúde e os desafios para construção da integralidade**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Luciane Picotez da Rocha Coelho Ariza
Coordenadora de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos
COFORM-SMS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

ANEXO V – PRODUTO TÉCNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

VIVIAN LEMOS LOPES DE CICCO

**GRUPO DE FORMAÇÃO E REFLEXÃO SOBRE O
PAPEL DO NUTRICIONISTA NA REDE DE CUIDADO
INTEGRAL EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Produto técnico apresentado à
Universidade Federal de São Paulo -
UNIFESP como parte dos créditos para
obtenção do título de Mestre em Ensino em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Franco
Zihlmann

Santos
2019

RESUMO

Introdução: educação permanente em saúde é um processo de aprendizagem-trabalho e é uma importante ferramenta para qualificar as práticas de cuidado em saúde. Neste produto técnico tomamos por base os resultados da pesquisa “Concepção e práticas dos nutricionistas na rede de cuidado em saúde: desafios para construção da integralidade” realizada no Programa de Pós-graduação Ensino em Ciência da Saúde Modalidade Profissional da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Tal pesquisa buscou informações sobre o trabalho de Nutricionistas dos serviços de saúde para iniciar a proposta de problematização e transformação dos processos de trabalho desses profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS-Santos) – São Paulo. **Objetivo:** propor ação educativa como estratégia de formação alinhada aos conceitos da educação permanente em saúde e facilitar a construção de um espaço de estudo e reflexão sobre o trabalho do nutricionista. **Método:** realização de encontros na forma de oficinas para a construção de uma ação educativa pautada na aprendizagem composta de três fases: apresentação, discussão e problematização sobre a pesquisa realizada no município, aprofundamento/capacitação sobre questões atuais do campo da Nutrição e, por fim, construção de um espaço de estudo e troca de experiências entre os profissionais nutricionistas. **Dados do produto:** nome do produto técnico “Grupo de formação e reflexão sobre o papel do nutricionista na rede de cuidado integral em saúde: uma estratégia de educação permanente”. Público-alvo – nutricionistas da SMS-Santos.

Palavras-chave: nutricionistas, educação permanente em saúde, educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: permanent health education is a work-learning process and is an important tool for qualifying health care practices. This technical product is based on the results of “Conception and practices of nutritionists in the health care network: challenges for the construction of integrality” research conducted in the Postgraduate Program in Health Science Teaching Professional Mode of the Federal University of São Paulo - UNIFESP. This research sought information of Nutritionist's work in health services to propose work processes problem solving and transformation at the Municipal Secretariat of Health of Santos (SMS-Santos) - São Paulo. **Objective:** to propose an educational action as a training strategy aligned with Permanent Health Education concepts to construct a space for study and reflection on nutritionist's work. **Method:** workshops meetings for an educational action based on learning composed of three phases: presentation, discussion and problem solving of the research carried out in the municipality, deepening/training on current issues in the Nutrition field and, finally, construction of a space for study and experiences exchange among nutritionists. **Product data:** name of the technical product “Training group and reflection on the role of nutritionists in the integral health care network: a permanent education strategy”. Target audience - nutritionists from SMS-Santos.

Keywords: nutritionists, permanent health education, health education.

SUMÁRIO

	Páginas
1- Apresentação: sobre o percurso da construção deste produto de educação permanente em saúde	05
2- Fundamentação teórica	06
3 – Objetivos	10
4 – Metodologia	11
5 – Dados do produto educacional	16
6 – Instrumento de avaliação do produto técnico	17
Referências	18

“É a revolução silenciosa, lenta e progressiva, transformadora de pessoas e de instituições, tão caras e necessárias à formação e o cuidado em saúde” (Figueiredo et al., 2016, p.330).

1. APRESENTAÇÃO: SOBRE O PERCURSO DA CONSTRUÇÃO DESTE PRODUTO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A presente ação educativa é um produto resultante da pesquisa intitulada “Concepções e práticas dos nutricionistas na rede de cuidado em saúde: desafios para construção da integralidade”, realizada junto ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde Modalidade Profissional da Universidade Federal de São Paulo. Tal pesquisa foi realizada devido à experiência de trabalho da autora principal, que atuou em diversos equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santos, construindo problematizações sobre a formação e atuação de seus pares. Durante a realização desta pesquisa foi possível verificar várias dificuldades, sendo que uma delas se destacou: o isolamento dos profissionais da área de Nutrição, que ficam em sua maior parte do tempo restritos a seus contextos locais de trabalho parece trazer consigo o enfraquecimento ou a impossibilidade da realização de uma rede de cuidados em alimentação e Nutrição. Tal isolamento profissional leva a problemas de comunicação (tanto no aspecto intraprofissional, quanto no aspecto interprofissional), ausência de troca de experiências exitosas ou de discussão de casos desafiadores, e, por fim, falta de definição de fluxos de trabalho.

A partir de sua vivência profissional e embasada pela pesquisa realizada, a pesquisadora principal pode evidenciar a necessidade da construção de um espaço de reflexão e troca de saberes entre os profissionais da Nutrição da SMS – Santos.

Dessa forma, a partir da pesquisa realizada, propõe-se uma ação educativa junto aos profissionais nutricionistas com o objetivo de propor um espaço de formação buscando uma abertura para atender de fato o que esses sujeitos – agentes de cuidado – naquilo que eles, de fato, precisam e que faz sentido para eles, considerando suas vivências e pontos de vista singulares.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, convive com mudanças observadas no perfil das doenças que mais acometem sua população e essas têm associação direta com a transição epidemiológica, demográfica e nutricional e, além disso, mostram-se um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) (THIEME *et al.*, 2014). Estas mudanças demandam uma reorganização do sistema de saúde em ofertar seus serviços, impondo, portanto, uma transição na atenção à saúde (DUARTE e BARRETO, 2012).

Diante desse cenário, a reorganização do processo de trabalho é urgente para uma atenção em saúde, entretanto, tal ação depende da consideração às necessidades da população, pois na produção de saúde centrada no modelo médico hegemônico temos a valorização de procedimentos, da especialidade e da medicalização e esta prática se mostra pouco eficiente para a solução dos problemas enfrentados pelo SUS (MALTA e MERHY, 2010). Para garantir uma rede de cuidados acessível e resolutive a todos se faz necessário eliminar a fragmentação do trabalho em saúde tanto na maneira de organização dos serviços de saúde, quanto nas práticas rotineiras dos profissionais de saúde (MONTENEGRO *et al.*, 2010).

Uma das estratégias para se trabalhar com a integralidade, extrapolando o atendimento clínico pontual e fragmentado, é repensar formas de fazer e ensinar o cuidado em saúde. A proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) vem ao encontro destas concepções ao pensar a formação de uma maneira reflexiva e dialogada levando em consideração as práticas e vivências, diferenciando do modelo tradicional de educação onde se privilegia a transmissão e acúmulo de conhecimentos (SANTOS *et al.*, 2012). Sendo assim, a Educação Permanente em Saúde pode ser conceituada como “uma estratégia sistemática e global, que visa à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo fundamental para que o local de trabalho venha a ser um espaço de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (RICARDI e SOUSA, 2015, p.210).

A formação dos profissionais de saúde no Brasil ainda é voltada para o domínio de técnicas e tecnologias, deixando de priorizar a formação de profissionais com habilidades para o trabalho em equipe de forma integrada, capazes de lidar com os problemas sociais, comportamentais e culturais dos indivíduos (CARDOSO, 2012).

Importante ressaltar que a qualificação da força de trabalho de trabalhadores que atuam com cuidado nutricional e gestores é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) sendo importante estratégica para o enfrentamento dos agravos alimentares em todo território nacional através da proposição de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

As ações de alimentação e nutrição são indispensáveis quando pensamos na melhora da qualidade de vida da população e a pactuação de uma rede integrada de educação alimentar e nutricional deve ser prioritária para garantir a efetividade das práticas. Para um cuidado nutricional satisfatório, os profissionais nutricionistas precisam estar qualificados e os serviços de saúde devem estar organizados de forma a permitir um processo constante de formação (RICARDI e SOUSA, 2015).

Embasados nesses conceitos teórico-práticos foi proposto um projeto de pesquisa que levou à construção da dissertação intitulada “Concepções e práticas dos nutricionistas na rede de cuidado em saúde: desafios para construção da integralidade”, defendida em 2019 no Programa Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional da UNIFESP. A partir dessa dissertação, observou-se que havia uma demanda dos entrevistados – nutricionistas da rede de saúde da cidade onde se realizou a pesquisa – quanto à construção de um espaço de reflexão sobre o trabalho e trocas de experiências entre os profissionais dessa área.

Podemos, a partir dos discursos dos participantes da pesquisa realizada (DE CICCIO, 2019), destacar alguns trechos que explicitam a necessidade de conhecer o trabalho dos profissionais da mesma categoria, pensando em fluxos e protocolos e fazendo trocas de experiências, a seguir:

“Eu acho assim, deveria existir uma rede maior, né, com reuniões mesmo pra gente, né, estabelecer fluxo, pra gente tirar as dúvidas. Porque eu acho que cada um tá ali no seu quadrado e quando a gente abre, a gente aprende muito.” (N4)

“Eu penso na questão da supervisão para nós. Eu sinto muita falta de educação continuada, de algum tipo de auxílio para nós discutirmos os casos, (...), um momento para a gente compartilhar.” (N3)

Considerando que uma das propostas de um Mestrado Profissional é a transformação da realidade do profissional, inserido em um contexto de trabalho a partir de propostas concretas que visam mudanças qualitativas nos processos e práticas, foi proposto o presente produto técnico que, da mesma forma, atende a um dos objetivos da pesquisa realizada. Sendo assim, o

produto técnico visa propor uma ação educativa junto aos nutricionistas da SMS- Santos, com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho e, além disso, permitir a construção de práticas assistenciais que contemplem as necessidades singulares dos usuários do serviço, na perspectiva do cuidado integral em rede. Cabe ainda ressaltar que, além de uma proposta de formação/educação, há a pretensão de iniciar uma construção de um “espaço” de discussão, reflexão, mas, sobretudo, de um encontro transformador. Esse espaço de reflexão se torna importante para o processo de fortalecimento da categoria profissional do nutricionista, tornando os mesmos capazes de dar sentido as experiências vivenciadas, contribuindo para melhoria dos processos de trabalho e permitindo que sejam protagonistas de sua própria formação (FIGUEIREDO *et al*, 2018).

É importante lembrar que uma das finalidades da Educação Permanente é a sua contribuição para que cada equipe, categoria ou grupo de trabalhadores, possam conquistar a capacidade de ser participativo na formação do saber, em meio a um processo de transformação das instituições de saúde (RICARDI e SOUSA, 2015).

A proposta de um produto técnico a partir da EPS deve levar em conta de que esse dispositivo é um processo vivo, mutável e muitas vezes imprevisível. O movimento, as relações, as parcerias, os desacordos quando trazem reflexões são importantes ferramentas para modificar os processos de trabalho. O respeito ao conhecimento do outro é algo que não pode se esquecer, pois a EPS não se faz sozinha, não é possível encontrar caminhos de proposição de mudanças sem parcerias.

“O meu trabalho em rede, por exemplo, com as duas colegas que eu citei: pra gente é muito importante, porque a gente mensalmente faz uma reunião conversando a respeito das nossas condutas, daquilo que a gente põe em prática, daquilo que a gente pode melhorar, porque tudo é em prol do paciente! (...) Então, o trabalho em rede é fundamental! Todo mundo se conversando pra um entender o trabalho do outro e a gente unir forças em prol do paciente!” (N5)

“Mas, esquece a integralidade com os outros profissionais! Cadê a integralidade do nutricionista na rede pública de saúde? Nós somos um grupo pequeno. Não é um grupo de professores. Somos nós. Quando é que a gente senta pra discutir ações de nutrição para o serviço público no geral?” (N6)

A proposta para deste produto técnico, depende, portanto, sobretudo da viabilização de espaços estruturados e contínuos de encontro para formação entre os profissionais nutricionistas

da SMS- Santos, indo além do oferecimento de palestras e capacitações de atualização técnica. Trata-se de possibilitar um espaço de trocas, de encontros de saberes, experiências e afetos, onde o grupo faça sua própria gestão com sugestão de temáticas de interesse a cada encontro. A proposta é formar uma rede com uma produção de trabalho coletiva. Tal “espaço” depende, não apenas de uma autorização da gestão, mas também, de uma posição ético-política que visa transformar práticas de cuidado em saúde, valorizando o profissional em seu atuar intra e interprofissional.

MAXIMINO *et al.* (2017, p.439) reforçam a questão do envolvimento de todos neste processo de aprendizagem quando afirma que “o trabalho em saúde é permeado por relações humanas que envolvem vínculo, escuta, comunicação e responsabilização com o cuidado”. O trabalho em EPS é um constante fazer e refazer, onde somos tanto aprendizes como produtores do saber, onde a nossa leitura de mundo (ético e política) influencia no trabalho em saúde e que as parcerias e a comunicação na micropolítica podem definir a condução dos processos de trabalho e que a construção do saber é um processo lento e transformador.

A EPS é uma estratégia para mudança dos processos de trabalho desafiadora, pois não é simples a mudança na forma de pensar e nas posturas adquiridas ao longo dos anos. É um trabalho que demanda tempo e comprometimento dos envolvidos em sair da postura tradicional e do conforto dos saberes adquiridos para a incerteza de questionar.

Visto isso, a trajetória dessa pesquisa nos mostrou que existe um primeiro movimento que deve ser dado em direção aos profissionais da área de Nutrição, no contexto da cidade onde se realizou a pesquisa.

3 - OBJETIVOS

- Propor uma ação educativa, a partir dos conceitos de EPS, na forma de um produto técnico com estratégias de formação e troca de saberes pertinentes às necessidades de capacitação e atualização de profissionais de Nutrição atuantes na área da Saúde no Município de Santos – São Paulo.
- Apresentar os resultados da pesquisa de Mestrado Profissional realizado na UNIFESP aos profissionais com o intuito de permitir uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, dificuldades e limitações de seu trabalho.
- Apresentar e discutir sobre os conceitos atuais sobre cuidado em saúde, integralidade, PNAN, desafios e estratégias para atuação intra e interprofissional do nutricionista no SUS.
- Propor a construção de práticas educativas que contemplem as necessidades de formação singulares desses sujeitos, para além da perspectiva tradicionalmente adotada em suas práticas atuais.

4 - METODOLOGIA

Será realizada uma capacitação/aprofundamento com profissionais da Nutrição da SMS-Santos em local (com infraestrutura adequada para no mínimo 12 pessoas por encontro, computador e tela, cadeiras e mesa) e data previamente pactuados com as respectivas chefias. A periodicidade inicialmente proposta será de um dia por mês, sendo que, no primeiro encontro, a duração será de seis horas e, após essa formação inicial, os dois encontros seguintes serão de quatro horas e os seguintes serão encontros trimestrais, também com duração de quatro horas.

Sendo assim, a proposta de produto técnico tem três partes: a primeira, composta por um encontro, com seis horas de duração, voltada para estruturação e apresentação das propostas do grupo de encontro; a segunda parte, com dois encontros de três horas de duração, cada qual com discussão de temáticas necessárias para atualização e aprofundamento sobre questões atuais da área de Nutrição, na forma de aulas expositivas e trocas de experiências entre os participantes e a terceira parte, composta pelos encontros trimestrais, de três horas de duração, que tem como proposta a construção de um espaço contínuo de formação e aperfeiçoamento, no qual os participantes vão propor temáticas de trabalho, estratégias de discussão e ação, bem como intervenção individual e em grupo.

As etapas propostas serão explicitadas a seguir:

PRIMEIRA PARTE:

CARGA HORÁRIA: SEIS HORAS

1. Apresentação dos integrantes da equipe, dinâmica de boas-vindas, apresentação da proposta (origem, objetivos, estrutura/cronograma das atividades, etc).

- Tempo previsto: 40 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: apresentação em powerpoint
- Objetivo da atividade: permitir a contextualização da proposta ao grupo, situando-os quanto suas etapas e expectativas dos organizadores.
- Descrição da estratégia pedagógica: inicialmente os organizadores da atividade dão boas vindas e se apresentam brevemente. A seguir será apresentado um powerpoint contendo os principais elementos da estrutura da proposta, como título,

participantes/responsáveis, origem da proposta, objetivos, cronograma de atividades, etc)

2. Apresentação dos participantes do grupo

- Tempo previsto: 40 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: Papel, caneta e uma esfera.
- Objetivo da atividade: Apresentação dos participantes e uma primeira impressão sobre o grupo em formação.
- Descrição da estratégia pedagógica: propõe-se que seja feito um círculo e cada integrante do grupo, ao segurar uma esfera fale seu primeiro nome e uma palavra que melhor o caracterize, passando a esfera para o participante ao lado que fará o mesmo procedimento. Será solicitado aos participantes que cada um faça um pequeno texto ou um desenho de si mesmo. Após isso, solicite que dobrem o papel e misturem. Isto feito, sorteiam-se os papéis, fazendo com que cada um descubra quem é quem, se apresentando logo em seguida.

3. Apresentação e discussão sobre os contextos de trabalho dos participantes

- Tempo previsto: duas horas
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: Papel cartolina, revistas, canetas, cola, tinta, fita adesiva.
- Objetivo da atividade: Uma primeira impressão sobre o contexto de trabalho dos participantes em seu cotidiano.
- Descrição da estratégia pedagógica: Será solicitado aos participantes que escolham um parceiro para essa atividade. Cada dupla produzirá um cartaz no qual vai expor de forma esquemática que tipo de atividade realiza em seu cotidiano de trabalho. Após a produção dos cartazes, cada dupla vai apresentar o grupo todo o cartaz de seu parceiro. Após a apresentação de todos os cartazes o grupo como um todo vai produzir um cartaz falando sobre aspectos em comum a todas as apresentações e um cartaz sobre especificidades/diferenças entre todas as apresentações. Após a produção desses dois cartazes, será apresentado e discutido pelo grupo como um todo, apontando questões pertinentes para reflexão e discussão e elegendo um relator para registro desses pontos. O relator fará a leitura dos registros e será escolhido um membro do grupo para estudar (fazendo articulação com a literatura disponível na área) a questão e apresentar no

próximo encontro. Cada ponto destacado terá, portanto, um responsável para a discussão posterior. O ideal é que cada participante receba um ponto para estudo e apresentação.

4. Intervalo para almoço: uma hora

5. Apresentação da pesquisa de Mestrado intitulada “Concepções e práticas dos nutricionistas na rede de cuidado em saúde: desafios para construção da integralidade”

- Tempo previsto: uma hora
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: apresentação em powerpoint
- Objetivo da atividade: Fazer uma comparação/discussão dos dados colhidos das primeiras impressões dos participantes da capacitação com os dados da pesquisa.
- Descrição da estratégia pedagógica: serão apresentados os principais resultados da pesquisa para os participantes e, além disso, serão pontuados os desafios do autor no percurso da pesquisa. Após isso, será aberto um canal para discussão, comparando as primeiras impressões dos participantes sobre os dados da pesquisa, que deverão propor questões ao final para discussão no grupo.

6. Reflexões sobre o material apresentado: discussão relacionando-o com o processo de Educação Permanente em Saúde.

- Tempo previsto: 30 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: Flip Chart, caneta piloto
- Objetivo da atividade: Discussão e anotação das primeiras impressões dos participantes da capacitação sobre o tema.
- Descrição da estratégia pedagógica: Após a apresentação da pesquisa, os participantes irão pontuar quais temáticas consideram pertinentes para sua formação, considerando do processo de EPS.

7. Apresentação das etapas do dia e propostas para próximo encontro. Encerramento.

- Tempo previsto: 15 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: retomada da apresentação do cronograma de atividades previstas

- Objetivo da atividade: explicitar o percurso realizado e proposta para próximo encontro
- Descrição da estratégia pedagógica: será apresentado novamente o cronograma, indicando de forma gráfica o que já foi realizado e a previsão para o próximo encontro. Confirmação de data, participantes e estruturação de formato de contato (email coletivo, WhatsApp, etc).

SEGUNDA PARTE:

PRIMEIRO ENCONTRO: CARGA HORÁRIA DE 3 HORAS

1. Apresentação de conceitos teórico-práticos a serem trabalhados pelo grupo

- Tempo previsto: 90 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: computador (para apresentação de powerpoint), Laser Pointer
- Objetivo da atividade: aprofundamento teórico de conceitos de interesse na área de Alimentação e Nutrição.
- Proposta: utilização das temáticas propostas pelos nutricionistas no último encontro.

2. Apresentação de um caso para estudo/discussão em grupo a partir dos conceitos da apresentação

- Tempo previsto: 60 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: folhas sulfite, canetas, descrição do caso em powerpoint (e material impresso do caso)
- Objetivo da atividade: articulação de conceitos teóricos estudados com reflexões sobre situações da prática cotidiana. Identificação de dificuldades e necessidades de intervenção.
- Descrição da estratégia pedagógica: Serão distribuídos aos participantes da capacitação textos impressos de algumas situações do cotidiano do profissional e solicitados para que seja feita uma leitura. Após a leitura será aberto um espaço para que sejam discutidas as opiniões, reflexões, críticas, problemas de comunicação, enfim quaisquer pontos que tenham relação do profissional com o seu mundo de trabalho, em especial com as pessoas que estão sob os seus cuidados, considerando-se também as demandas dos participantes da capacitação.

SEGUNDO ENCONTRO: CARGA HORÁRIA DE 3 HORAS

1 – Realização de um trabalho em subgrupos para construção de alternativas de intervenção.

- Tempo previsto: 90 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: Textos sobre métodos educativos alternativos ao tradicional, cartolina, cola, papéis, garrafas plásticas, tesoura, caneta, lápis, revistas e jornais antigos, computador com internet, latas, entre outros.
- Objetivo da atividade: Apresentação dos métodos educativos alternativos ao tradicional para que todos os participantes possam propor alternativas de intervenção.
- Descrição da estratégia pedagógica: Serão apresentados textos sobre métodos educativos alternativos ao tradicional, como o modelo dialógico/problematizador, a fim de permitir a composição de propostas e reflexões para o aperfeiçoamento das ações já existentes em seus serviços. Para isto será proposta a realização de um trabalho em subgrupos para que todos os participantes possam propor alternativas de intervenção. Cada subgrupo apresentará suas considerações para serem debatidas amplamente com todos os subgrupos. Cada subgrupo apresentará um “produto” como resultado de suas discussões e reflexões (um documento, um cartaz, uma atividade de roll-play, um vídeo, etc).

2. Realização de uma avaliação da atividade por meio de um instrumento de avaliação especialmente elaborado.

- Tempo previsto: 30 minutos
- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: formulários impressos do instrumento de avaliação, canetas.
- Objetivo da atividade: Avaliação da capacitação pelos participantes, em uma relação dialógica.
- Descrição da estratégia pedagógica: o uso de um instrumento de avaliação padronizado poderá trazer dados significativos para aprimoramento da atividade, explicitando críticas e sugestões pertinentes.

3 - Encerramento do encontro e confraternização.

- **TERCEIRO PARTE:** Tempo previsto: 30 minutos

- Participantes: 10 nutricionistas + equipe técnica (mediador e observador)
- Material necessário: alimentos variados
- Objetivo da atividade: Intensificar a troca de saberes e afetos no encontro através de conversas “informais” que permitam a construção de vínculos para propostas futuras.
- Descrição da estratégia pedagógica: realização de um coffee break.

PROPOSTA DE ENCONTRO TRIMESTRAL DE FORMA CONTINUADA
CARGA HORÁRIA DE CADA ENCONTRO: TRÊS HORAS

1. Apresentação do percurso de formação até o momento: retomada de conceitos.
2. Avaliação dos impactos da atividade proposta até o momento
3. Construção de um cronograma de temáticas e atividades para estruturação do “GRUPO DE FORMAÇÃO E REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA REDE DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE”, considerando estratégias de sustentabilidade e objetivos a serem construídos de forma horizontal e a partir de trocas dialógicas de pontos de vistas, conhecimentos e demandas.

5 - DADOS DO PRODUTO EDUCACIONAL

Dissertação de origem: Concepções e práticas dos nutricionistas na rede de cuidado em saúde: desafios para construção da integralidade.

Nome do produto técnico: Grupo de formação e reflexão sobre o papel do nutricionista na rede de cuidado integral em saúde: uma estratégia de Educação Permanente

Público-alvo: Nutricionistas lotados na SMS-Santos

Número de participantes: 12 pessoas

Cronograma: serão realizados encontros em três etapas com datas previamente pactuados com as respectivas chefias de departamento e COFORM.

6 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

Nome do participante:

Data:

Instituição/Área:

Formação:

	Marque com um X								
Os temas abordados na capacitação já eram de seu conhecimento?	SIM	NÃO							
Os temas foram apresentados de forma clara e de fácil compreensão?	SIM	NÃO							
Suas expectativas para a atividade como um todo foram satisfeitas?	SIM	NÃO							
Você pretende fazer uso das informações/experiências aprendidas nessa capacitação? De que forma?	SIM	NÃO							
<hr/> <hr/> <hr/>									
Avalie com relação a: Sendo 1 (muito ruim), 2 (ruim), 3 (regular), 4 (bom), 5 (muito bom)									
Equipe de capacitação	1	2	3	4	5				
Pontualidade	1	2	3	4	5				
Conteúdo	1	2	3	4	5				
Qualidade dos materiais didáticos	1	2	3	4	5				
Recursos audiovisuais	1	2	3	4	5				
Dinâmicas grupais	1	2	3	4	5				
Carga horária	1	2	3	4	5				
Compatibilidade entre objetivos e proposta de intervenção	1	2	3	4	5				
Qualidade das instalações	1	2	3	4	5				
Sugestões:									
Como você vivenciou a participação na capacitação:									
Atribuindo uma nota de zero a dez, sendo zero a pior nota e dez a melhor nota, como você avaliaria essa capacitação como um todo?					Nota: <hr/>				

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Cardoso IM. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. Saúde Soc. São Paulo. 2012; 21(1): 18-28.

De Cicco VLL. Concepções e práticas dos nutricionistas na rede de cuidado em saúde: desafios para construção da integralidade. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) - UNIFESP. São Paulo, 2019.

Duarte EC, Barreto, SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012; 21 (4): 529 – 532.

Figueiredo EBL, Gouvêa MV, Silva ALA. Educação permanente em saúde e Manoel de Barros: uma aproximação desformatadora. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016; 40(3): 324-331.

Figueiredo EBL, Silva APA, Abrahão AL, Cordeiro BC, Fonseca IA, Gouvêa MV. Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. Rev. Bras. Enfermagem. 2018; 71 (suppl 4): 1872- 1877.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2010; 14(34): 593- 606.

Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. Saúde Soc São Paulo. 2017; 26(2), 435 – 447.

Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos serviços de saúde de Belo Horizonte. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3): 649-656.

Ricardi LM, Sousa MF. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20 (1): 209-218.

Santos LAS, Paiva JB, Mello AL, Fontes GAV, Sampaio LR, Freitas MCS. O nutricionista no programa de alimentação escolar: avaliação de uma experiência de formação a partir de grupos focais. Rev Nutr. 2012; 25(1): 107-117.

Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RCM, Schierferdecker MEM. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. Demetra. 2014; 9(1): 269-286.